№ 1—2 LIPIEC-SIERPIEŃ 1922 R. ROK XVII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM.

Redaktor: Lekarz-dentysta **M. Krakowski.**

Prenumerata wobec wahania się cen druku i papieru nie może być ustalona.
Cena zeszytu podawana jest oddzielnie.
Prenumeratę przyjmują wszystkie składy dentystystyczne. Wyłączne zastęp stwo na Stany Zjednoczone i Kanadę: Polish News Agency N.-York, Newark Ave 26, Jersey City.

Cena ogłoszeń jednorazowych: cała strona mk. 15.000; 1/2 str. 8.000; 1/4 str. 4.000 Klisze do rysunków dostarcza firma. Za treść działu ogłoszeń redakcja nie odpowiada. Cena ogłoszeń firm zagranicznych o 200% drożej.

Rękopisy (wszelkiej treści) powinny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu) po jednej stronie półarkusza. Rękopisów redakcja nie zwraca. Koszt klisz i odbitek obciąża honorarjum. O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana zawczasu. Prace, przysyłane do redakcji bez odnośnej uwagi co do płatności, uważane są za bezpłatne. Listy do redakcji mogą być drukowane z podaniem obranego przez autora pseudonimu, właściwie jednak nazwisko autora i adres tegoż muszą być zakomunikowane redakcji.

WARSZAWA

Redakcja i Administracja: **Rymarska № 8.**

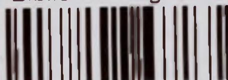
№ 1—2 LIPIEC—SIERPIEŃ 1922 R. ROK XVII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

W sprawie leczenia korzeni zębów zwłaszcza ze zgorzelą miazgi.



Podał

DR. JANUSZ WISŁOCKI (†)

Nim przystąpię do omówienia sprawy leczenia korzeni metodą, podaną przez prof. Łepkowskiego z Krakowa i dostateczną już wypróbowaną, przypomnę tu w krótkich zarysach historyczny rozwój leczenia zębów, których miazga uległa zgorzeli.

Skoro z jakichkolwiekbądź przyczyn, czy to natury urazowej, czy chemicznej, lub też pod wpływem bodźców termicznych, jak ciepło i zimno, szkliwo zęba ulegnie uszkodzeniu, wówczas, jak wiadomo, rozpoczyna się proces destrukcji zęba. Początkowo próchnica, obejmując powierzchowne warstwy zęba, nie powoduje tak dalece przykrych dolegliwości dla pacjenta, dopóki proces nie zaatakuje miazgi zębowej.

Drobnoustroje, przedostawszy się do miazgi zęba, same przez się, jakoteż dzięki produktom swej żywotnej działalności, wywołują zapalenie tejże wraz z jej następstwami, co zwykle wobec braku interwencji kończy się jej obumarciem.

Jako dalszy ciąg tego schorzenia, jak wiemy, powstaje w tej lub innej postaci zapalenie ozębnej i okostnej. Proces posuwa się dalej; wytwarza się ropień, który albo sam pęka, albo domaga się jaknajrychlejszego usunięcia zęba w myśl zasady „cessante causa cessat et morbus".

Przed wprowadzeniem zasad aseptyki i antyseptyki zęby, których miazga uległa zgorzeli, skazane były na zagładę. Dopiero wprowadzenie powyższych metod rozpoczyna właściwy okres konserwacji zębów, pozbawionych żywej miazgi, a więc, czy to obumarłej przez uśmiercenie jej drogą sztuczną, czy też na drodze naturalnej wskutek zgorzeli. Zasadą konserwacji takich zębów jest staranie się o utrzymanie zęba i zabezpieczenie tegoż przed ponownem schorzeniem. Aby cel ten osiągnąć, zaleca zachowawcze leczenie należyte oczyszczenie zęba z rozpadłych cząstek miazgi zębowej, która, przechodząc stopniowo różne ko-

leje rozpadu, daje w wyniku rozmaite kwasy organiczne, jak octowy, węglowy i inne, dalej—białkany, które ostatecznie rozpadają się na siarkowodór, putrescynę, neurydynę, kadawarynę, połączenie azotowe, jak amoniak i t. p.

W czasach przed antyseptyką i aseptyką, mimo najtroskliwszego oczyszczenia mechanicznego takich zębów, nikt nie odważył się tych wypełniać na stałe, i aczkolwiek plombowanie zębów, zęby sztuczne i wogóle w dzisiejszem pojmowaniu uzdrowotnienie chorobowo zmienionej całości narządu zębowego święci dziesiątki stuleci, nikt jednak, powtarzam, zębów takich plombować się nie odważył, wiedział bowiem dobrze, że ząb taki prędzej czy później trzeba będzie wyjąć.

Istota takiego stanu rzeczy polegała na tem, że nie było sposobu, ani też nie znano takiego środka, któryby zdołał doszczętnie zniszczyć drobnoustroje i ich zarodniki, znajdujące się w kanale korzeniowym oraz jego ścianach między odontoblastami. Dopiero z chwilą wprowadzenia do lecznictwa ogólnego, a zwłaszcza chirurgji, środków przeciwgnilnych zaczyna się w dentystyce okres usiłowań w kierunku zachowawczego leczenia zębów, skazanych przedtem wskutek zgorzeli miazgi na zagładę.

Jako postulat takiego leczenia postawiono wymaganie, aby w sposób mechaniczny oczyścić komorę miazgową z rozpadłych cząstek miazgi, jak również kanały korzeniowe, a wreszcie, aby ubytek wypełnić jakimkolwiek materjałem. W tym celu w miarę ukazywania się rozmaitych środków przeciwgnilnych i kolejno wprowadzanych do chirurgji zaczęto je stosować także w zębolecznictwie.

I tak A. Witzel w r. 1874 wprowadza kwas karbolowy, który jednak zarzucony został wskutek szybkiego ścinania się białka, tworząc w ten sposób nieprzepuszczalną warstwę, utrudniającą całkowicie działanie jego wgłąb tkanki zębowej.

Dalej Osterman w r. 1875 r. zaleca kwas salicylowy, a inni salol, lysol i t. p.

W r. 1885 Witzel zalecił używanie 20% rozczynu alkoholowego sublimatu; sposób ten jednak okazał się niestosownym, gdyż mieszanina ta zabarwiała na ciemno ząb wskutek wywiązania się rtęci w postaci pary, która również drażniła ozębną, zaś badania Weisnera i Smrekera udowodniły, że tak silny rozczyn wcale nie jest potrzebny, gdyż zwykły 1% wodny rozczyn ten sam skutek przynosi.

Scheff do powyższych celów wprowadził jodoform, Walkhoff—chlorfenol, Schmidt—tymol i jodoform, który pod wpływem prądu elektrycznego, przechodzącego przez rozżarzony do białości drut platynowy wytwarzał jod *in statu nascendi*, wyjaławiając kanały korzeniowe. Blair zaleca stosowanie par jodoformowych, otrzymywanych w specjalnym przyrządzie; Sachs i Sternfeld—thioform i kreolinę, Bethel—azotan srebra (40%—75% rozczyn), Schreier—potas i sód metaliczny, Schreiter—ług potasowy, Kirk, Pierce i Bauer—nadtlenek sodowy, Callahan—50% rozczyn kwasu siarczanego, do którego Bönnecken dodaje nieco nadtlenku sodu, w celu zobojętnienia kwasu. Inni, jak Arkövy, zalecają kwas solny, Hess—wodę królewską, a Hoffendahl, Zierler i Brenner—prąd elektryczny o sile 3 miliamperów, działający przez 10 minut; pod wpływem tego prądu z chlorku sodowego, sztucznie wprowadzanego, i z wody wytwa-

rzają się *in statu nescendi* tlen, woda utleniona i chlor, które mają należycie odkażać nie tylko kanały korzeniowe, lecz także przestrzenie międzyzębinowe.

Znacznego przewrotu w zapatrywaniach oraz sposobach konserwacji zębów dokonała metoda, podana w r. 1895 przez prof. W. Łepkowskiego z Krakowa, który to okres uważać można za przełomowy. Jest to era wprowadzenia formaliny, czyli formaldehydu. Łepkowski zalecał 40% rozczyn wodny formolu, otrzymywanego z alkoholu metylowego, którego pary, zmieszane z powietrzem atmosferycznem, przechodzą przez rozżarzony do białości drut platynowy. Metoda ta do ostatniej chwili święci tryumf, twórcy swemu jednak wcale nie wystarczyła i nie zadowolniła jego wymagań, zwłaszcza, że w zastosowaniu została w dziwny sposób, prawdopodobnie wskutek fałszywego zrozumienia rzeczy, wypaczona. Sam autor zarzuca tej metodzie względnie formaldehydowi pewne wady.

Formalina, jako ciało w wysokim stopniu lotne, już podczas stosowania traci na swej sile przepajania, a w miarę używania tego samego rozczynu z tego samego naczynia, 40% rozczyn staje się stopniowo 35%, 20% i t. d., aż wreszcie po niejakim czasie przypuszczać można, że pierwotny rozczyn zawiera zaledwie ślady formaldehydu. Powtóre, działanie formaldehydu dotąd może być skuteczne, póki ten się znajduje w przestrzeni zęba, niema na to atoli dowodów, czy przypadkiem jako bardzo lotne ciało, mimo hermetycznego zamknięcia zęba, nie ulatnia się, lub, ulatniając się, nie przechodzi w jakieś inne, nieznane i wykryć się nie dające związki chemiczne. Wprawdzie, po upływie kilku lat w otwartym zębie, którego komorę miazgową i kanały korzeniowe zaopatrzono formaliną, nie wykryto wcale drobnoustrojów (na kulturach), ale i z drugiej strony nie stwierdzono wcale śladu formaliny nawet metodą A. Trillata, wykrywającą formaldehyd w rozczynie $1/_{20000}$. Wreszcie wprowadzanie formaliny na zwitku waty, ciele organicznem, a więc łatwo ulegającem rozkładowi przy sprzyjających okolicznościach i warunkach, nie dawało zbytniej pewności.

Dziwne, że stosowanie formaliny, prowadzone było i bywa nie tak jak prof. Łepkowski zalecał. Według jego zapatrywań, którym dał wyraz w prowadzonej polemice z nieżyjącym już d-rem K. Szymkiewiczem, należało 40% rozczynem formaliny oczyścić komorę miazgową i kanały korzeniowe, a następnie, wprowadziwszy na delikatnych setonach waty formaldehyd, na tem samem posiedzeniu ząb na stałe zamknąć.

Tymczasem wszystkie dostępne mi publikacje różnych autorów, a traktujące o tej sprawie, podają jakoby metoda zalecała kilkakrotne, aż do znudzenia powtarzające się zmienianie setonów z formaliną, póki wnętrze zęba i jego kanałów już nie wykazuje cuchnienia, co ostatecznie nie jest przecież żadnem kryterjum.

Przyczyny tego fałszywego pojmowania pierwotnych wskazówek Łepkowskiego dopatruję się, być może, w metodzie Buckleya leczenia trójkrezolformaliną, który to autor właściwie nic w pierwotnej metodzie Łepkowskiego nie zmienił, a dodał tylko trójkrezol, właściwie ciało w tym wypadku zbyteczne, bo spiritus movens pozostała zawsze formalina. Przy stosowaniu modyfikacji Buckleya postępowano w ten sposób, że na pierwszem posiedzeniu ząb mechanicznie oczyszczano z roz-

padłych części, przemywano wodą lub alkoholem i zamykano tamponem waty. Na drugiem posiedzeniu, po 24 godzinach, zakładano tampon waty, przepojony trójkrezolformaliną (t. j. mieszaniną trójkrezolu i formaliny *aa*) i zamykano ząb fletcherem. Na trzeciem posiedzeniu, lub nawet dopiero na czwartem, zabierano się do oczyszczania kanałów korzeniowych zapomocą igiełek Donaldsona, albo świdrów Moreya, lub Beutelrocka, i zakładano znowu kilkarotnie cienkie setony z waty z trójkrezolformaliną, aż wreszcie, skoro ząb wydawał się wyjałowionym, a prócz zapachu trójkrezolformalinowego innego nie wyczuwano, zaopatrywano kanały korzeniowe i plombowano na stałe.

Że w ten a nie inny sposób zrozumiano metodę Łepkowskiego, świadczy publikacja doc. A. Gońki (Tyg. lek. lwow. z r. 1908 Nr. 38, „Sprawozdanie ambulatorjum dentystycznego Uniwersytetu Lwowskiego“). Gońka cytuje tam, że starał się uprościć i skrócić czas w stosowaniu modyfikacji Buckleya w leczeniu zębów, uległych zgorzeli miazgi a niezbyt cuchnących, co atoli z pierwotnem rozumieniem co do stosowania formaliny przez Łepkowskiego stoi w rażącej różnicy.

Tak tedy twórca metody formalinowej, opierając się na swoich spostrzeżeniach i uwagach nad właściwościami formaliny, jakoteż widząc, że ze względu na mylne zrozumienie go stosowanie jej przeciąga szybkość wyleczenia i ukończenia całej sprawy, będąc niezadowolony z podanej motody, szukał czegoś nowego i lepszego i, idąc w ślad swych pragnień, podał nowy sposób leczenia i zaopatrywania korzeni zębowych, który w zastosowaniu daje nadspodziewane wyniki.

Nowy ten sposób polega na wprowadzeniu nowego środka, jednak metoda stosowania pozostała taż sama, to znaczy, że tak samo, jak przy metodzie formalinowej, przemywamy kanały korzeniowe i zaopatrujemy, ale czynimy to natomiast na jednem posiedzeniu, a nie, jak przy modyfikacji metody formalinowej, w ciągu szeregu posiedzeń, wymagających dni kilku, a nawet tygodni.

Środkiem o którego stosowaniu zebrałem 10,000 przypadków, świadczących o świetnych wynikach, jest *podchloran sodu, rozpuszczony w odpowiedniej ilości ługu sodowego*. Poznawszy należycie działania obu tych składników, autor tej metody doszedł do przekonania, że oba te ciała w zupełności zastępują formalinę. Jeśli uwzględnimy, że mieszanina ta rozpuszcza wszelkie tkanki organiczne, doszczętnie zabijając drobnoustroje i ich zarodniki z wyjątkiem laseczników Kocha, dalej, że rozpuszcza organiczne składniki zęba, pozostawiając niejako nieorganiczny szkielet zęba, tworząc zeń niepodatną masę gąbczastą, dalej, że rozpuszcza rozmaite preparaty, służące do wypełnień, jak: cement, sztuczną zębinę Fletchera, a nawet amalgamat złota, to przyznać musimy, że mamy w swych rękach lek, który, zastosowany umiejętnie, w ciągu kilku chwil dokona tego, na co trzeba było czekać dawniej nieraz bardzo długo.

Pod wpływem działania środka w podłożu organicznem z rozpadłej miazgi zębowej, tłuszczów oraz ich kwasów tworzą się mydła, a chlor wolny w chwili powstawania przeprowadza doraźne wyjałowienie komory i kanałów korzeniowych. Rozpuszczając tkankę organiczną zęba, środek wspomniany działa wgłąb' jej i niszczy drobnoustroje oraz ich zarodniki, a łącząc się łatwo w każdym stosunku z wodą, obecną w miejscu działania, nie drażni zbytnio tkanek poza obrębem zęba, t. j. ozębnej. Posiada

jeszcze nadzwyczajną zaletę: rozszerza światło kanałów korzeniowych, czyni je dostępnemi dla pasty, zamyka *foramen apicale* i odkaża pole operacyjne.

Sposób postępowania jest następujący:

Po mechanicznem oczyszczeniu (czy to łyżeczką czy to świderkiem) ubytku zęba z rozpadłych mas próchnicowych i resztek zgorzelinowych miazgi, wprowadzamy kilkakrotnie cienką igiełkę, owiniętą watą, poprzednio zanurzoną w płynie podchloranu sodu, i to tylokrotnie, aż wyjęty czysty zwitek waty nie okaże się zupełnie czystym i bezwonnym, z wyjątkiem lekkiego zapachu samego podchloranu, zalatującego ostrą wonią chloru. Skoro to uskuteczniliśmy, wprowadzamy na świeżej igiełce nieco pasty z podchloranu sodu i tlenku cynku aż do szczytu korzenia, lekko wtłaczając, a następnie szybko zamykamy na stałe cementem Harvarda, wypełniając nim szczelnie kanały korzeniowe.

Osuszywszy bezpośrednio należycie warstwę cementu, tkwiącego w kanałach, co jest rzeczą bardzo ważną, wypełniamy świeżą porcją cementu resztę ubytku, czyli plombujemy ząb.

Jak wyżej wspomniałem, ważną jest rzeczą wytworzenie przez dwojakie zakładanie cementu rodzaju warstwy izolacyjnej z cementu między właściwą plombą a wypełnionemi kanałami korzeniowemi, a to dlatego, że pasta podchloranowa posiada własności rozpuszczania cementu, mogłaby w przyszłości naruszyć całą plombę, często zaś nie jesteśmy w możności utrafienia dawki pasty.

Tak samo postępujemy, gdy ma się plombować ząb z uśmierconą miazgą zębową za pomocą pasty arszenikowej lub kobaltowej. Po wyjęciu miazgi oraz jej odnóg korzeniowych delikatną igiełką Donaldsona przemywamy a tem samem rozszerzamy kanały korzeniowe, wprowadzamy pastę i plombujemy na stałe.

Z powyższego czytelnik przekonać się może o wysokich zaletach wprowadzonego środka. To, co dawniej wymagało wiele nakładu pracy, cierpliwości operatora, co ciągnęło się nieraz całemi tygodniami aż do znudzenia pacjenta i lekarza, a mimo to nie dawało bezwzględnej rękojmi, czy sprawa na nowo nie wybuchnie z całem nasileniem pod wpływem zazwyczaj nieznanych bodźców, dzisiaj daje się uskutecznić na jednem posiedzeniu, oszczędzając pracy i czasu operatorowi, a pacjentowi dając satysfakcję szybkiego wyleczenia.

Gdy jeszcze nadmienimy; że operowanie nowym tym środkiem leczniczym jest nader łatwe, dla pacjenta zupełnie bezpieczne, gdy się wspomni, że brak tu wypadków oparzenia dziąseł lub warg, że zupełnie niepotrzebne jest tu używanie żmudnego dla operatora a w wysokim stopniu uciążliwego dla pacjenta ślinochronu, to sądze, iż nie mam potrzeby nikogo z kolegów zachęcać, ani środka zachwalać do jaknajszerszego stosowania.

W końcu muszę zwrócić uwagę na jeden szczegół, który ze względu na kosztowne narzędzia lekarskie wydaje mi się ważnym. Otoż przy stosowaniu pasty zauważyłem, że igiełka Donaldsona, zanieczyszczona resztkami miazgi, które są trudne zazwyczaj do zdjęcia, po zanurzeniu w płynie po kilkunastu minutach wyjmuje się zupełnie czystą, wolną od tkanki miazgowej. Po wymyciu jej następnie w wodzie i osuszeniu w alkoholu ma się ją zupełnie czystą do ponownego użycia. Gdy

wspomnę zalecany dawniej sposób zanurzania igiełek w stężony kwas siarczany, następnie celem zobojęnietnia go w ług sodowy, tę nieprzyjemną manipulację ze żrącym kwasem, wpadanie igiełki do słoika, nieprzyjemne parowanie i t. d., to dziś od tego wszystkiego dzięki powyższemu środkowi każdy jest wolny.

W końcu nadmienić muszę, że zęby, tę metodą plombowane, po otwarciu po 2 latach okazywały zawartość wnętrza zupełnie jałową, jak stwierdziły to badania bakterjologiczne.

Literatura:

1) *Doc. Dr. Andrzej Gońka:* Sprawozdanie Ambulatorjum dentystycznego Uniwersytetu Lwowskiego (Tyg. lek. lwow. 1908 Nr. 38). *2*) *Doc. Dr. Andrzej Gońka:* Która metoda leczenia zgorzeli miazgi zębowej daje najlepsze wyniki? (Kronika Dentyst. z r. 1908). *3*) *Dr. Ferd. Josse:* Prof. Łepkowski', s neue Wurzelbehandlungs-Methode (Ash's Wiener Vierteljahrs—Fachblatt 1910 Nr. 1). *4*) *Doc. Dr. T. Bohosiewicz:* Która metoda leczenia zgorzeli miazgi zębowej daje najlepsze wyniki? (Tyg. lek. lwow. 1908 Nr. 9). *5*) *Dr. W. Łepkowski:* Zastosowanie formaldehydu w dentystyce (Kraków 1896). *6*) *Doc. Dr. W. Łepkowski:* Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i jodformagenu w dentystyce (Kraków 1899).

O leczeniu ropni i przetok dziąsłowych.

Napisał

D. JOFE

Lekarz-dentysta w Warszawie.

Sprawa leczenia zębów z zapaleniem ozębnej, ostrem lub przewlekłem w okresie ropienia, dla wielu praktyków nie jest jeszcze jasną. Rozpoczynają oni zwykle leczenie z pewnem uprzedzeniem. Tymczasem leczenie zębów z ostrym ropniem (*parulis*), lub przewlekłą przetoką (*fistula*), gdy dotyczy to 20-tu przednich zębów, jest sprawą najbardziej sprzyjającą: *w olbrzymiej większości przypadków da ono się uskutecznić w ciągu jednego posiedzenia.*

Rozpatrzymy poszczególnie obydwa te rodzaje schorzenia.

Ropień poddziąsłowy jest to pomyślna forma końcowa ropienia. Ropa mogła sobie utorować różne drogi: przedostać się do oczodołu, do zatoki szczękowej, wgłąb', kości, do sąsiednich miękkich części (*angina Ludovici*) i t. d. Zjawiska te byłyby nader niepożądane, nawet niebezpieczne. Lecz ropa utorowała sobie drogę poprzez pory zębodołu, t. j. poszła w najbardziej dostępnym kierunku; dziś znajduje się ona pod dziąsłem, jutro wydzieli się na zewnątrz, a ząb następnie się wzmocni. A o tem zakończeniu sprawy—można powiedzieć samowyleczeniu—dają nam znać: ustanie bólu oraz spadek podniesionej ciepłoty do normy.

Mając więc do czynienia z ropniem, musimy skierowywać naszą interwencję właściwie nie w stronę leczenia, lecz profilaktyki, t. j. *zapobiegania nawrotu.* Niema tu nic do „leczenia“, bowiem siły organizmu bez

interwencji lekarza uczyniły swoje — wyprowadziły wraz z ropą szkodliwe elementy na zewnątrz.

Wszystko to jest tak proste, iż nie warto byłoby o tem się zastanawiać, gdyby u wielu pojęcie o *parulis* nie kojarzyło się z pojęciem o kleszczach, lub w lepszym przypadku z długiem i żmudnem leczeniem, i gbyby nie utrwaliło się mniemanie, iż do leczenia ropni poddziąsłowych niezbędne są stężone rozczyny środków przeciwgnilnych.

Zapominamy, iż tego rodzaju stężone rozczyny raczej szkodzą, aniżeli skutkują, bowiem po przedostawaniu się poza obręb otworu wierzchołkowego powodują one podrażnienie a tem samem podtrzymywują stan zapalny i ropienie.

Rzecz naturalna, iż tego rodzaju „leczenie“ rozciąga się na dłuższą metę. Chirurgowie nie używają ani stężonych rozczynów chlorfenolu, ani karbolu, ani też trójkrezolformaliny, dentyści zaś niewiadomo dlaczego to czynią.

Wreszcie wiemy, iż pomimo stosowania stężonych rozczynów przeróżnych środków przeciwgnilnych nie osiągamy pożądanego celu, bowiem przy pierwszych naszych usiłowaniach hermetycznego zamknięcia kanału często występują natychmiast bóle.

Czyżby to miało oznaczać, iż stężone rozczyny powyższych środków są zbyt słabe, lub też że niezbędnem jest szukać jeszcze bardziej stężonych, lub też, czy jesteśmy wreszcie na błędnej drodze?

Zdaje się, iż w przewodach korzeniowych zębów zgorzelinowych nie zawsze znajdują się drobnoustroje (Miller); mogły one wyginąć po części wskutek braku odpowiedniego podłoża odżywczego, lub też dzięki działaniu ich własnych wydalin — produktów toksycznej ich metamorfozy. Walka z temi toksynami przy pomocy antyseptyków jest zupełnie bezcelowa i zgóry uważana być może, jako nie wytrzymująca krytyki. Środki antyseptyczne mogą niszczyć *same* drobnoustroje, lecz nie są w stanie zobojętniać i unieszkodliwiać wydalin (ekskretów) — owych toksyn, znanych pod ogólną nazwą ptomain.

A priori trudno nawet przypuszczać, ażeby istniał taki związek chemiczny, który z poszczególnemi ptomainami—a ich jest wiele o różnych składach chemicznych — mógł się wytworzyć pewien nieszkodliwy produkt ostateczny.

Formaldehyd coprawda wiąże niektóre produkty gazowe rozpadłej tkanki, a mianowicie siarkowodór i amoniak, tworząc substancje neutralne (Buckley). Lecz siarkowodór i amoniak stanowią już ostateczne produkty rozpadu i są stosunkowo mało szkodliwe. Ujemne ich działanie polega głównie na tem, iż uniemożliwiają hermetyczne zamknięcie przewodu. Formaldehyd, wiążąc te gazy, umożliwia tego rodzaju zamykanie bez obawy o następstwa. Lecz jest to nie wszystko — ptomainy pozostają i, jeżeli nie przenikają poza wierzchołek wraz z gazami, to dostają się tam drogą osmotyczną.

Walka nasza więc musi być prowadzona nie tylko z drobnoustrojami, lecz co ważniejsze, z owemi właśnie toksynami—ptomainami, znajdującemi się w przewodzie korzeniowym. *Muszą one być usunięte mechanicznie, bowiem antyseptyki nie wywrą żadnego skutku.*

Zwykłe przemywanie przewodu nie jest dostateczne dlatego, iż, jak stwierdzono, przewód kończy się często kilkoma otworkami wierzchołko-

wemi. Gdy się uda oczyścić główny otwór, to o oczyszczeniu innych, bocznych, i mowy być nie może.

Znane są badania Fischera i Preiswerka w tym kierunku. Dowiedli oni jaknajdokładniej, iż przewód korzeniowy u wierzchołka posiada rozgałęzienia, i miazga również posiada odnośne wyrostki. Lecz, jeżeli rozgałęzienia te są niedostępne dla naszych igieł i miazgociągów, to są one łatwo dostępne dla drobnoustrojów. Jeżeli istotnie tam się przedostały, to tem samem wykazują one swą żywotną działalność, powodują rozpad tkanki, wyrabiając ptomainy.

Łatwo zrozumieć, iż całe ognisko zakaźne bezwzględnie musi być usunięte, inaczej nie możemy mieć pewności co do pomyślnych wyników naszych zabiegów.

Jeżeli zaś zawartość powyższych rozgałęzień wierzchołkowych przewodów nie jest możliwa do usunięcia, to za to możliwe jest całkowite usunięcie tych rozgałęzień wraz z ich zawartością.

Da się to uskutecznić przy pomocy nawiertników (drillborów) Gate'a (Gliddena) podług katalogów White'a i Ash'a №№: 174, 175, 176 i 177. Średnica ich główek wynosi: $^1/_8$—$^2/_3$—$^3/_3$—$^4/_8$ mm.

Należy zaznaczyć, iż u osób młodych, mniej więcej do lat 10—12, bocznych rozgałęzień niema; istnieje tylko jeden otwór średnicy $^1/_3$ mm.

Począwszy od tego wieku kanał nie tylko w dalszym ciągu się zwęża dzięki działalności komórek zębinotwórczych (odontoblastów), lecz otwór wierzchołkowy zaczyna się dzielić na kilka otworków; oznacza to, iż przyszłe rozgałęzienia boczne, ile by ich nie było—2-4 lub więcej—wszystkie one mieszczą się w przestrzeni $^1/_3$ mm., t. j. w przestrzeni otworu wierzchołkowego 10—12-letniego osobnika.

Operując więc świdrem Gate'a o średnicy $^2/_3$ mm., możemy z zupełną pewnością stwierdzić, iż usunęliśmy wszystko, co usunąć należało.

A więc w przypadkach ropni poddziąsłowych zadanie nasze polega najsamprzód na usunięciu ich zawartości z przewodów. „Cessante causa cessat effectus". Zawartość owa—to ta „drzazga", bez usunięcia której nie możemy zapobiec występowaniu nawrotów. Lecz, usuwając przyczynę schorzenia, tem samem uczyniliśmy wszystko, co było w naszej mocy i czynić należało. Naturalnie, winno to być wykonane gruntownie i starannie.

Oczyszczanie przewodów wykonywamy za pomocą miazgociągów i igieł Millera — watą i wyskokiem. Wyskok stanowi dobry środek przeciwgnilny i w dodatku rozpuszcza tłuszcze (masy zgniliznotwórcze). Naturalnie, pożądanem jest, by zawartość przewodu nie przedostała się poza wierzchołek; dlatego też pracować należy nader ostrożnie. Poważniejszych jednak powikłań nie będzie, jeżeli nawet nieostrożnie coś się przedostanie poza wierzchołek — do wewnątrz ropnia, ten bowiem wysłany jest tkanką ziarninową, tworzącą ów aparat ochronny w walce z czynnikami chorobotwórczemi. Tkanka ta, zdaniem Partscha, stanowi potężny filtr, chroniący głębsze warstwy od szkodliwego działania drobnoustrojów i produktów ich żywotnej działalności.

Prof. Billroth zaznacza, iż, jeżeli dużą powierzchnię ziarninującą u psa codziennie zaopatrywać gazą, przepojoną surowicą gnilną, nie wywoła to szczególnego efektu.

Możemy więc być spokojni, gdy mimowoli cośkolwiek przedostanie się z kanału poza wierzchołek korzenia.

Dalej — po przemyciu przewodu korzenia wyskokiem niezbędnem jest ten rozszerzyć nawiertnikami (drylami) Gate'a, celem usunięcia również i części ścian przewodu, zakażonych zawartością kanalików Tomes'a.

Ostatecznym i najważniejszym zabiegiem — to rozszerzenie *resp.* perforacja otworu wierzchołkowego nawiertnikiem (drylem) średnicy $^{2}/_{8}$ mm.

Po uskutecznieniu tego przewód ponownie przemywamy wyskokiem i przepychamy poza wierzchołek nieco pasty jodoformowej (jodoformwyskok), którą wypełniamy również wierzchołkową część kanału; pozostałą część przewodu najlepiej wypełnić podług Mayrhofera substancją żywicową, uniemożliwiającą ponowne zakażenie (reinfekcję) drobnoustrojami, gnieżdżącemi się głęboko w kanalikach Tomes'a. Mayrhofer zaleca *balzam peruwiański;* skuteczną również jest gutaperka, rozpuszczona w chloroformie (chloroperka), w której pogrąża się przepaloną w płomieniu watę azbestową; wprowadza się ją do przewodu i kondensuje.

Na temże posiedzeniu ząb może być zaplombowany.

Co się tyczy ropnia poddziąsłowego, to ten przecinamy i odpowiednio traktujemy.

Zwykle po 3—4 dniach wszystko wraca do normy; w ciągu tych kilku dni produkty zapalenia i ropienia stopniowo się zmiejszają i wydzielane zostają na zewnątrz (poprzez dziąsło). Tą samą drogą wydziela się również przypadkowo przepchnięta zawartość przewodu oraz zbyteczna ilość jodoformu. Ostatni, jak wiadomo, w obecności ropy *in statu nascendi* odszczepia jod, który właśnie ma dodatni wpływ na sprawę gojenia.

Jak zaznaczono, w ciągu 3—4 dni, rzadziej 5—6 dnia, wszystko wraca do normy, t. j. wydzielina ustaje, otwór wyjściowy na dziąśle zabliźnia się, obrzmienie opada, a ząb się wzmacnia.

Naturalnie, ulega zabliźnieniu nie tylko otwór wyjściowy, lecz i ziarnina ropnia.

Zaznaczyć tu należy, iż tkanka ozębnowa nie przedstawia nic osobliwego, wyjątkowego, a i sprawy zapalne i ropne, tam powstające, również nie różnią się od obserwowanych w innych częściach i tkankach organizmu.

Zapalenie i ropienie w obu przypadkach są jednakowe. Procesy fizjologiczne i patologiczne, odbywające się w tej lub innej części organizmu, podlegają pewnemu prawu, zaś ozębnowa, naturalnie, nie stanowi pod tym względem wyjątku.

Jak się pdbywa gojenie w jakiejkolwiek tkance organizmu?

Ognisko ropne, jak zaznacza prof. Lossen, zwykle otoczone jest tkanką łączną; gdy ropa po przecięciu ropnia się wydziela, lub też wskutek dalszego rospadu tkanki sama sobie toruje drogę po przez skórę, lub do jakiejkolwiek jamy organizmu, to powstaje pas ziarninujący, który drogą rozrostu tkanki ziarninowej może wypełnić jamę; tkanka ta przy normalnym przebiegu sprawy marszczy się — ulega bliznowaceniu; w ten sposób odbywa się gojenie ogniska ropnego.

Twierdzenie to Lossena dotyczy gojenia *ropnia ostrego.* Przy przewlekłem zapaleniu, zaznacza prof. Billroth, może mieć miejsce również ropienie. Jeżeli ropień się otworzył na zewnątrz, ropa łatwo się wydziela; w warunkach pomyślnych ropień przeistacza się w zdrową tkankę

ziarninową; następuje po części jej marszczenie, tworzy się tkanka bliznowata, zaś po części następuje zrost przeciwległych ścian ubytku (jamy), jak przy gojeniu ropni ostrych. Jednocześnie z otwartej jamy wydziela się coraz mniej ropy; ostatecznie następuje zupełne zagojenie. Po pewnym czasie blizna nabiera własności zwykłej tkanki łącznej.

Odbywa się to wszędzie we wszystkich tkankach organizmu, a wśród tych również w obrębie zębów i szczęk.

Proces gojenia odbywa się dosyć szybko: w ciągu kilku dni wszystko wraca do normy.

Co się tyczy nawrotów (wznówek), to o nich w najbliższej, ani dalszej przyszłości i mowy być nie może, bowiem usunęliśmy nie tylko zawartość przewodu, lecz i części ścianki jego, również boczne otworki.

Do powyższego muszę dodać słów kilka o nawiertnikach (dryllborach) Gate'a.

Ogólnie twierdzą, iż są one kruche. To prawda — w rękach niedoświadczonych. Wiele również zależy od wyrobu. Świdry White'a np. pracują nieraz latami. Dobre są również de Trey'a, które niedawno ukazały się w handlu.

Podczas roboty z nawiertnikami Gate'a należy pamiętać o tem, iż dzięki swej gwintowanej budowie mają dążenie do posuwania się naprzód, a więc podczas roboty nie należy naciskać, przeciwnie — świder należy często wyciągać, dzięki czemu jednocześnie usuwane zostają wiórki.

Stosując świdry Gate'a, musimy mieć na względzie jeszcze to, iż u wejścia przewodu (w pewnej jego $^1/_4$ części) nigdy one się nie łamią, bowiem tu znajdują się w najbardziej sprzyjających warunkach; łamią się natomiast wyłącznie w głębi przewodu, i czem głębiej, tem niebezpieczeństwo złamania proporcjonalnie się zwiększa. Wobec tego należy rozpocząć świdrowanie nie najmniejszym świdrem (№ 174), lecz przeciwnie— największym (Nr. 177).

Przenikając do głębi — mniej więcej $^1/_4$ długości przewodu — bierzemy następny podług średnicy główki świder (Nr. 176), dla którego pierwszy, większy stworzył dogodne warunki pod względem wolnego ruchu za Nr. 176 następuje Nr. 175, za nim Nr. 174, najmniejszy przy którego pomocy docieramy do wierzchołka.

Świdrowanie następnie odbywa się w odwrotnym kierunku, t. j. za świdrem Nr. 174 bierzemy Nr. 175, 176, 177. W ten sposób przewód otrzymuje formę cylindryczną o średnicy $^4/_3$ mm. Po przez otwór wierzchołkowy przenikamy dopiero wówczas, gdy cały przewód rozszerzony został wszystkiemi czterech rozmiarów świdrami (4-ch n-rów).

Zresztą, należy zauważyć, iż nie zawsze mamy konieczność operowania wszystkiemi rozmiarami świdrów; należy przyjąć pod uwagę grubość korzenia.

Przedziurawienie (perforację) wierzchołka wykonywamy z początku świdrem Nr. 174, następnie Nr. 175 (w $^2/_3$ mm.); złamanie świdra jest tu prawie wykluczone.

D. C.

Przypadek martwicy fosforowej kości szczękowej przy całych zębach.

Podał

D. KOHN.

Martwica fosforowa atakuje najczęściej osoby, będące w zetknięciu z parami fosforu, przyczem te przedostają się przez spróchniałę zęby do okostnej i dalej do szpiku kostnego, czyniąc znaczne zniszczenia w tkance kości.

Istota tego działania właściwie nie jest należycie ustaloną; istnieją różne poglądy i przypuszczenia co do powstawania tego zjawiska pod wpływem działania fosforu.

Obserwując w początkowym okresie tę chorobę, mamy wrażenie, iż stanowi ono cierpienie gruźlicze kości; ściślejsze jednak wywiady ułatwiają rozszerzenie choroby, która dla nas, dentystów, stanowi zjawisko rzadkie, bowiem podobnego rodzaju chorzy rzadko są do nas skierowywani.

Obserwowałem następujący przypadek:

Chory przyjechał do Warszawy w celu zasięgnięcia porady; jak wzmiankował, cierpi na perjodyczne obrzęki twarzy, zwłaszcza w okolicy dolnej szczęki. Ze słów jego dowiedziałem się, iż znajduje się już od kilku miesięcy pod obserwacją lekarzy, którzy orzekli, iż należy dokonać rezekcji szczęki; wielokrotnie był też badany przez dentystów; ci nie stwierdzili obecności spróchniałych zębów, które mogłyby się przyczynić do powstawania powyższych zaburzeń w żuchwie.

Miejscowi lekarze mieli podejrzenie co do istnienia zmian gruźliczych kości szczękowej, aczkolwiek badanie wydzielin nie wykryło laseczników gruźliczych.

Chorego najdokładniej zbadałem; stwierdziłem, iż wszystkie zęby były nieuszkodzone; śluzówka i dziąsła nie bardzo zmienione; gruczoły chłonne podszczękowe nieco powiększone; żuchwa na zewnątrz nieco zgrubiała. Chory po zasięgnięciu porady lekarskiej opuścił Warszawę.

Po 3 miesiącach pacjent ponownie przyjechał do Warszawy wobec dalszego rozwielmożnienia się choroby.

Ogólny stan pacjenta był rozpaczliwy: anemja, schudnięcie w całej pełni; policzek w stanie zupełnego rozpadu; mięśnie twarzy obnażone; kość na przestrzeni od kła do kąta żuchwy była obnażona; miejscami poodstawały płaty okostnej; barwa kości ciemno brunatna.

Ścisły wywiad stwierdził, iż obecne cierpienie pacjenta nie było poprzedzone ogólną jakąś chorobą; obciążenia dziedzicznego również nie ustalono; pacjent zaznaczył, iż zawsze był zdrów; rodzice i dziadkowie żyją i są zdrowi, doczekali się późnej starości.

Pacjent zaczął chorować od czasu, gdy objął pracę w małej fabryce zapałek; często niedomagał, poczem wystąpiły objawy wyżej wzmiankowane.

Upewniłem się więc, że chory padł ofiarą swego zawodu i był dotknięty martwicą fosforową. Zaleciłem mu płukanie przeciwgnilne wobec wydobywającej się woni oraz radziłem rzucić swe zajęcie.

Po pewnym czasie stwierdziłem co następuje: zęby od kła do ostat-

niego trzonowca wypadły; śluzówka bliżej brzegu dziąsła nabrzmiała, skóra uległa rozkładowi, grupki mięśni, szczególnie żwacza, oddzielały się pękami, okostna odstawała od kości. Po upływie miesiąca na całem wyszczególnionem polu uformowały się kostne uwarstwienia w formie bezkształtnej masy.

Na szczęście, zewnętrzna powierzchnia główki stawowej ocalała, przeto ruchy stawowe nie bardzo ucierpiały.

Chory opuścił Warszawę, a po upływie 3 miesięcy miałem sposobność widzieć go ponownie. Miał wtedy sformowaną bezkształtnie kość, zaś skóra zewnętrznie była względnie zagojona.

Wobec wyżej wyłuszczonego doszedłem do wniosku, iż chory był dotknięty martwicą fosforową i co ciekawe, że zęby były całe, zaś czynnik wywołujący—gazy fosforowe—przez odchylone dziąsła przedostały się do kości, powodując wzmiankowane zniszczenie.

Dział sprawozdawczy.

1) **Choroby ogólne a „zatrucie ustne“.** Związek pomiędzy ogólnemi chorobami a zakażeniem jamy ustnej od dawna jest znany. Sprawa ta zwłaszcza stała się aktualną ostatnio w Anglji i Ameryce.

Temat ten, który jest przedmiotem gorących dyskusji poruszyli Frey i Ruppe (Revue de Stomatologie nr. 6 r. 1921, ref. Gazeta Lek. 7 r. 1922).

Nie ulega wątpliwości, iż zdarzają się przypadki posocznic pochodzenia zębowego o ustalonem umiejscowieniu lub też bez tego. Ostre ropne zapalenie ozębnej może spowodować zapalenie żył lub wsierdzia, szczególnie u osób z niezupełnie zdrowym stanem serca.

Zdaniem niektórych angielskich i amerykańskich autorów, *przewlekłe* choroby zębów i jamy ustnej stale zagrażają organizmowi. Do tych chorób można zaliczyć: zmiany przewlekłe śluzówki (zapalenie, ropociek zębodołowy), wadliwie zaplombowane zęby, nieumiejętnie dopasowane korony (resp. mostki), osad nazębny, ropień nadwierzchołkowy z przetoką lub bez niej, zmiany inne wokoło wierzchołka zębowego, będące w związku z wadliwem leczeniem kanałów korzeniowych; ogniska te stwierdzić można przy pomocy zdjęć rentgenowskich; są one mniej lub więcej rozległe i mogą spowodować szereg cierpień.

W szpitaliku dla dzieci w Londynie w 52% przyp. zapalenia wsierdzia stwierdzono ropnie zębowe; drobnoustrojem czynnym był tu streptococcus viridans.

Jeżeli się przyjmie pod uwagę ścisły ten związek, to należałoby pousuwać wszystkie zęby z zapaleniem miazgi, zaś unikać uśmiercenia tej ostatniej; wszelkie zaś korony, zęby ćwieczkowe i plomby różne można podług Huntera nazwać „złotemi pułapkami zakażenia“.

W nowojorskich klinikach szkolnych wyjmowane są wszystkie zęby z zapaleniem miazgi, by uchronić zdrowie dzieci.

Należy jednak zaznaczyć, iż ten powyższy radykalizm ma swoich przeciwników. Nie należy wątpić, iż ropociek zębodołowy, ropnie z przetokami lub bez nich, pewne ziarniniaki często są źródłem zakażenia,

należy więc organizm od nich uwolnić. „Pole jaśniejsze“ na rentgenogramie, obserwowane wokoło niektórych wierzchołków korzeniowych, na które zwracają uwagę owi radykaliści (zwolennicy usuwania zębów ze zmienioną miazgą), nie może być przeceniane. Czy obraz ten nie może przedstawiać włóknistej tkanki bliznowatej?

Niektórzy badacze amerykańscy udowodnili drogą badań bakterjologicznych zupełną jałowość tych ognisk. Należy więc, ich zdaniem, unikać krańcowego radykalizmu w wyjmowaniu zębów z głęboką próchnicą.

2) **Ropienia w jamie ustnej i ich stosunek do zapalenia stawów (arthritis).** Na stosunek ten zwraca uwagę Jones Llewellyn (British Dental Journal z 4 r.1921; ref. Z-che Rund. 5 r. 1922).

Ropienia, powstające w jamie ustnej, pod względem etjologicznym w wielu przypadkach mają związek z zapaleniem stawów. Na tym właśnie związku opiera się zagadnienie o stosunku miejscowego zakażenia w jamie ustnej do schorzeń ogólnych.

Że ogniska zębowe, jako przyczyny zapalenia stawów, mogą być przyjmowane pod uwagę, to o tem świadczy fakt, iż często ogniska zakaźne w obwodzie zębów i zapalenia stawów istnieją jednocześnie. Po usunięciu miejscowego zakażenia znikają również schorzenia ogólne, jak również leukocytoza i limfocytoza.

Przy powstawaniu zapalenia stawów przyczyna (punkt wyjścia) może również tkwić poza obwodem zębów.

Nim przedsięwziąć ekstrakcję zęba, należy się zastanowić, czy nie istnieją inne pierwotne przyczyny zakaźne. W takich przypadkach wskazany jest ścisły kontakt pomiędzy lekarzem-dentystą a lekarzem-terapeutą, bowiem pacjenci często w początkach cierpienia już obłożnie chorują, a dopiero wówczas zgłaszają się do dentysty, gdy już wystąpiły pewne zaburzenia w stawach. Przymiot (lues), rzeżączka (gonorrhoea), gruźlica (tbc), jak również choroby uszu, nosa, zatok obocznych winny być również przyjmowane pod uwagę pod względem etjologicznym.

Ognisko zębowe nie jest właściwie jedyną przyczyną zapalenia, lecz jedną z przyczyn tego cierpienia.

Omyłki rozpoznawcze często zdarzają się z tego powodu, iż ognisko zakaźne w obwodzie zęba zostaje zbyt późno lub niezupełnie wykluczone, lub też, gdy obraz rentgenologiczny daje fałszywe rozpoznanie.

Gdy tylko obok zapalenia stawów wystąpią oznaki zakażenia paciorkowcowego (streptokokowego), anemja wtórna, leukocytoza i t. d., należy skierowywać jaknajstaranniej poszukiwania w stronę ogniska zębowego.

Przy ustaleniu wskazania do wyjęcia zęba należy zbadać stan tegoż, odporność pacjenta i rodzaj zapalenia stawów. Również badanie krwi w pewnych okolicznościach może dawać cenne wyjaśnienie.

Przy trwającem zapaleniu stawów bardziej jeszcze wskazane jest zastanawianie się nad wszelkiemi innemi czynnikami, bowiem ogniska zębowe istotnie nie odgrywają tej roli, jaką tak często im przypisują. *K.*

3) **Zakażenie ogólne, pochodzące z jamy ustnej, a leczenie korzeni zębowych.** Kronfeld (Wiener Medizinische Wochenschrift nr. 12 z dnia

18. III. 1922 r.) omawia sprawę związku pomiędzy chorobami zębów a innemi cierpieniami. Ostatnio sprawa ta stała się bardziej aktualną. Ddzięki pracom autorów amerykańskich, internistów, bakterjologów i rentgenologów, związek ten zyskuje potwierdzenie. Ogniska wokoło korzeni zębów zgorzelinowych, zakażające stale organizm, powoduje szereg cierpień: reumatyzm, zapalenie wsierdzia, nerek, wyrostka robaczkowego, chorób wątroby i woreczka żółciowego, oczu, nerwobolów i psychoz.

K.

4) **Zakażenie ustne a posocznice.** W r. 1920 (La Médicine, nr. 12) opisano przyp. ropnico-posocznicy u 25-let. mężczyzny niejasnego pochodzenia; hodowle z krwi, wziętej za życia, stwierdziły obecność paciorkowców. Badania kliniczne oraz sekcja zwłok nie ustaliły źródła zakażenia. Tellier (Progresse Méd. nr. 16 — 1921 r., La Revue de Stomatologie 11 — 12 1921 r., ref. Gaz. Lek. 14 — 15 1922 r.), omawiając powyższą sprawę, kładzie nacisk na ścisłe zbadanie w tych przypadkach jamy ustnej, gdzie nader często tkwi źródło zakażenia (septicité bucco-dentaire—według francuskich autorów, oral sepsis—podł. angielskich i amerykańskich). Do źródeł tych zaliczyć należy: ropne zapalenie dziąseł, różne postacie zapalenia śluzówki jamy ustnej, ropociek zębodołowy, próchnica zębów o przebiegu wikłającym, zapalenia ozębnej (ostre, przewlekłe, ropne), przetoki i t. d.

Nawet lekkie obrzęki w okolicach jamy ustnej winny zwracać na siebie uwagę, gdyż mogą mieć pewny związek z utajonem przewlekłem zapaleniem ozębnej korzenia, ropniem zębodołowym, na które w ostatniem dziesięcioleciu tak się zwraca uwagę, jako na ważny czynnik etjologiczny w powstawaniu różnych chorób miejscowych i ogólnych, jak również zakażeń (ropnic, posocznic). Dokładne zbadanie zmian powyższych w jamie ustnej drogą radjologiczną i bakterjologiczną tembardziej ma ważne znaczenie, iż klinicznie często przebiegają one niepostrzeżenie. Zwłaszcza dotyczy to zębów martwych.

5) **Zakażenie pochodzenia zębowego.** Osborne (New-Jork med. Journal 8. 1921 r. nr. 19; Centralbl. f. Chirurgie nr. 16 1922 r.) wskazuje na związek pomiędzy ukrytem zakażeniem zębowem a ogólnemi schorzeniami. Związek ten nie zależy wyłącznie od spróchniałych zębów, lecz często od ukrycia przebiegającego zakażenia korzeni i od wadliwie wypełnianych kanałów korzeniowych i źle dopasowanych koron. Głównemi winowajcami zakażenia są tu streptococcus viridans i haemoliticus, staphtylococcus aureus, pneumococcus, ziarenkowce ropotwórcze, laseczniki dyfterytyczne, gruźlicze i krętki (spirochaete). W cięższych formach zakażenia zachowawcze leczenie zębów i korzeni nie jest wskazane, lecz konieczne jest usunięcie tychże.

R.

6) **Problemat źródeł zakażenia zębowego.** W ustalaniu źródła zakażenia pochodzenia zębowego, z którem związane są różne powstające na tem tle choroby, jak wiadomo, ważną rolę odgrywa rozpoznanie rentgenologiczne.

Zdaniem Dachtera, poważnego rentgenologa amerykańskiego (Toledo, Ohio), istnieje szereg niedokładności zdjęć rentgenologicznych. Obrazy

rentgenologiczne mogą właściwą tylko mieć wartość przy prześwietlaniu w różnych kierunkach w związku z badaniem klinicznem. Należy więc zbadać wszystkie zęby, aby wyciągnąć należyty wniosek.

Autor powyższy przypuszcza, iż nie wszystkie choroby na wierzchołku korzenia zębowego stanowią ukryte (uśpione) ogniska zakaźne. Rozróżnia on ropień czynny, podostry proces zapalny i zmiany obojętne. Przy ropniu czynnym ząb musi być usunięty, w innych przypadkach zęby mogą być leczone, jak to można było stwierdzić drogą badań rentgenologicznych (The Dental Summary nr. 1. 1921 r.).

K.

7) **Ogniska zapalne i trudności rozpoznawcze.** Wobec tego, iż wiele chorób ogólnych ma swoje źródło w jamie ustnej resp. zębach, to, zdaniem Jamesa Chailla (Richmond, Ameryka), dentysta winien mieć pewien kontrakt z lekarzem chorób wewnętrznych, od tego bowiem zależy pomyślny wynik leczenia. Przypadki z praktyki wyraźnie ilustrują powyższe twierdzenie. Między innemi zasługuje na zaznaczenie następujący ciekawy przypadek, dotyczący pewnego młodzieńca. Cierpiał on na zaburzenie nerwowe, osłabienie pamięci i inne podobnego rodzaju dolegliwości systemu nerwowego. Po usunięciu zatrzymanego dolnego zęba mądrości pacjent poprawił się znacznie na wadze (przybyło mu 17 funtów), zaburzenia umysłowe ustąpiły; pacjent ponownie stał się rzeźkim; był w stanie tańczyć, miał doskonały apetyt i mógł spokojnie pracować (Dental Cosmos 4 r. 1921).

R.

8) **Czy zęby bezmiazgowe są martwe?** Sprawę tę stara się rozstrzygnąć dr. Russel (The Journal of The National Dental Association, z. 12 r. 1921).

Dochodzi on do wniosku.

1) ząb bezmiazgowy nie jest zupełnie martwym zębem, ani też ciałem obcem tak długo, póki ozębna jego jest żywa;

2) w przypadkach uszkodzenia lub zainfekowania ozębnej sprawa zachowania zęba jest b. wątpliwa;

3) gdy ozębna obumiera, ulega również obumarciu przyległe kostniwo zęba (cementum); w tych razach korzeń zęba w stosunku do otaczającej go tkanki staje się ciałem obcem;

4) zeby, posiadające obumarłe (nekrotyczne) szczątki w kostniwie i otoczeniu, często mogą być drogą odpowiedniego zabiegu chirurgicznego ponownie doprowadzone do stanu znośnego. *B.*

9) **Kiedy należy zęby wyjmować, a kiedy je utrzymać?** Na zapytanie powyższe stara się odpowiedzieć Hartzel (Minneapolis, Ameryka, Dental Cosmos nr. 1 r. 1922; Zeitschrift für Stomatologje nr. 3 r. 1922 str. 196).

Gdy Henrici i Hartzel (Journal amer. audic. assoc. 1915) zbadali pierwsze 165 zębów bezmiazgowych u pacjentów z zapaleniem mięśnia sercowego (myocarditis), stawów (arthritis) i t. d., z pośród których u 150 stwierdzono ogniska drobnoustrojów, a po wyjęciu odnośnych zębów nastąpiło znaczne polepszenie, uczyniono nacisk na konieczność bezwzględnego usuwania zębów obumarłych. Gdy jednak zastanowimy

się nad tem, iż zbadania powyższe, jak również Gilmera i Moodyęgo (Journal amer. med. assoc. 1914), dotyczyły chorego materjału ludzkiego, zaś z drugiej strony—mnóstwo ludzi w ciągu dziesiątek lat posiada zęby bezmiazgowe bez uszczerbku dla organizmu, to musimy odstąpić od uogólniania tej konieczności.

Gdy obumarłe zęby ani przy badaniu klinicznem, ani rentgenologicznem nie są podejrzane, należy je zostawiać. Nim wykonać ekstrakcję tego rodzaju zębów u osób chorych, należy uwzględnić wskazania pozytywne—czy wtargnięcie drobnoustrojów istotnie ma miejsce ze strony tych zębów.

Gdy wszelkie inne możliwe drogi dla inwazji drobnousrojów *w odnośnych przypadkach iśtnienia chorób* są wykluczone i we krwi ma miejsce spotęgowana liczebność białych krwinek oraz istnieje anemja wtórna (secundäre Anämie), to należy wywnioskować, iż inwazja drobnoustrojów postępuje naprzód, chory pomyślnie się broni, znajduje się jednak w niebezpieczeństwie, ekstrakcja zaś obumarłych zębów jest słusznie wskazana.

Gdy obraz badania krwi stwierdza zmniejszoną liczebność białych krwinek z przyrostem limfocytów i wtórną anemję, to przed nami stoi ostrzeżenie, iż pacjent znajduje się w okresie niepomyślnej walki z drobnoustrojami, i musimy się chwycić szybko pewnego środka. W tych przypadkach nie należy wykonać jednocześnie licznych ekstrakcji, bowiem w każdym z tych przypadków mamy do czynienia z otwarciem naczyń krwionośnych, a przez to z dalszem posuwaniem się drobnoustrojów, a możliwem jest, iż przy nawałowej ekstrakcji pacjent nie upora się z tem posuwaniem się drobnoustrojów. Należy w tych przypadkach obumarłe zęby wyjmować grupami w pewnych odstępach czasu.

K.

10) **Zęby nadliczbowe w oczodole.** Lekarze: De Lapersonne, Velter i Prélat opisują rzadki wypadek obecnych w oczodole rozwiniętych zębów nadliczbowych. Stwierdzenie było możliwe jedynie drogą radjografji.

Pacjentka 15-letnia zgłosiła się z powodu wytrzeszczu oka prawego z osłabieniem ostrości wzroku tegoż oka od lat dziecięcych. Oko nieco wypięte naprzód z przesunięciem w górę i ku wewnątrz z porażeniem ruchów gałki w dół i na zewnątrz i drżeniem gałek ocznych podczas patrzenia w dół. Dno oka prawego bez zmian. Zmian czucia skóry twarzy niema. Gałka oczna doprowadzić się nie daje. Strona prawa górnej szczęki jest nieco więcej wypukła.

Badanie nosa zmian nie wykazało. Badanie promieniami Roentgena wykazało z prawej strony szereg rozrzuconych w oczodole względnie normalnej wielkości nadliczbowych zębów. Pozatem szczęki były normalnie rozwinięte z prawidłową liczbą zębów z obu stron. Autorowie wypowiedzieli się za wyczekiwaniem, uważając operację za trudną i ryzykowną dla wzroku (Archive d'Ophtalmologie 3 — 1921; ref. Gazeta Lekarska nr. 15 — 1921).

11) **Wielozębność na podniebieniu.** Dentysta Kobaia, praktykujący w m. japońskim Yong-Uhnny, opisuje w piśmie dentystycznem *Choi-Jako* (r. 1922) nader ciekawy przypadek wielozębności na podniebieniu.

Pacjent cierpiał na lewostronny nerwoból twarzowy. Po dokładnem zbadaniu jamy ustnej przyczyna została wykryta. Na podniebieniu znajdowały się liczne wyrznięte zęby, jak to ma miejsce u pewnych gatunków ryb.

Po usunięciu zęba przyczynowego stwierdzono, iż nosił on wszelkie cechy zęba mlecznego, w zębodole tkwił następny ząb stały (ref. Dental Journal nr. 6 r. 1922).

18). **Przypadek śmierci wskutek krwotoku po połknięciu dostawki zębowej** opisuje dr. A. Plaut w „Deutsche mediz. Wochenschrift" nr. 36, str. 1058 r. 1921; ref. Centralbl. f. Chirurgie nr. 10 r. 1922). 17-letnia panna połknęła płytkę kauczukową z jednym zębem. Po 8 dniach przyjęta została do szpitala. Zdjęcie rentgenologiczne jak również zgłębnikowanie żołądka nie dały pomyślnego wyniku. Nastąpiło utrudnione połykanie w okolicy wpustu (cardia). Po upływie tygodnia chora narzekała na uczucie przepełnienia żołądka i ból w krzyżu. Po upływie dalszych 8 dni w nocy pacjentkę znaleziono w łóżku nieprzytomną; z ust sączyła się krew. Po ponownym krwotoku nastąpiła śmierć nad ranem. Sekcja stwierdziła o 4 cm. poniżej chrząstki pierścieniowatej ubytek śluzówki przełyku w postaci podkowy, odpowiadający formie dostawki zębowej. Jeden koniec dostawki przedziurawił znacznie (2 mm. otwór) tętnicę główną (aortę); krew z początku nieznacznym strumieniem wciekała do żołądka, stąd zaś wyrzucona została na zewnątrz (drogą wymiotów). *M.*

19). **Zarażenie się przymiotem podczas czynności dentystycznych** Na posiedzeniu (odb. dnia 18 paźdz. 1920 r.) w T-wie dentystycznem w Liverpoolu dr. Jenning demonstrował pewnego lek.-dentystę, który podczas swych czynności zaraził się syfilisem. Z początku na prawym palcu wskazującym wystąpiło powierzchowne zadraśnięcie skóry, jednocześnie lekkie zapalenie naczyń chłonnych przedramienia, po kilku dniach zapalenie żyły przypromieniowej (vena cephalica) z jednoczesnym zakrzepem tejże (thrombosis); silne bóle i utrata czynności. Na palcu stwierdzono typowy szankier twardy; wystąpiło zapalenie gruczołów chłonnych podpachowych, pachwinowych (inguinalis) i tylno-szyjnych; odczyn Wassermanna silnie dodatni. W końcu wystąpiła typowa osutka (wysypka) przymiotowa (Zche Rund. 7. 1921 r. XXX). *Z. G.*

20). **Zaczepki zębów sztucznych**. Jak wiadomo, ostatnio powstał szereg nowych gatunków zębów sztucznych z zaczepkami nieplatynowemi. Skład metalu tych zaczepek stanowi tajemnicę poszczególnych fabrykantów. Zasługuje więc na zaznaczenie każda praca, traktująca o tej sprawie. W nader obfitej literaturze dentystycznej całego świata nader rzadko spotykamy prace, dotyczące poruszonego tu tematu.

Ostatnio na sprawę tę zwrócił uwagę Bennejeant (La Revue de Stomatologie 10, 1921).

Wskutek znacznej drożyzny platyny fabrykanci zębów sztucznych zaczęli stosować metalowe zastępki platyny. W maszynach precyzyjnych wielkiego przemysłu najpierw zaczęto stosować zastępek platyny, składający się z 46—48 części stali na 100 cz. niklu; zestawiono metal t. zw. platinit, którego wskaźnik rozszerzalności prawie odpowiada platynie.

Wady metalu tego polegały na tem, iż wskaźnik rozszerzalności wahał się zależnie od temperatury, metal utleniał się przy wysokiej ciepłocie i nie trzymał się trwale porcelanowej masy zęba jak platyna. Nie nadawał się więc wcale jako zastępek platyny dla sztucznych zębów.

Tanie zęby posiadały zaczepki, których metal składał się z 94—97% niklu i 3 — 6% żelaza. Tylko nazwy są różnorodne. Zaczepki te szybko chemicznie się rozkładają dzięki związkom siarkowym, wytwarzającym się w jamie ustnej, lub podczas wulkanizowania kauczuku.

Czyniono próby, by chemicznie zmieniający się metal w odrębny sposób nagrzewać. Powstały dzięki temu zęby z zaczepkami ochronnemi (np. „Solila"). Zaczepki zębów „New-Departure" składają się z 7 cz. platyny, 90 części niklu i 3 cz. żelaza. Platyna służy jako otoczka. I te zaczepki nie trzymają się długo, gdy mają zetknięcie z płynami jamy ustnej. W drodze elektrolitycznej dochodzi do rozkładu. Toż samo dzieje się z zębem „Solila". Zaczepki tych zawierają 27 cz. złota, 70 cz. niklu i 3 cz. żelaza. Lepiej, aniżeli te gatunki zębów, trzymają się zęby, których zaczepki stanowią jeden tylko metal, lub stop bez specjalnej otoczki. Do tych należą zęby „Casco" i zęby fabryki Wienanda; zaczepki tych pod wpływem płynów jamy ustnej nie ulegają zmianie. Analiza metalu zaczepek zębów „Casco" stwierdza: 50 cz. złota, 35 cz. srebra, palladu 15 części. Ząb Wienanda zawiera: srebra 53,28 cz., złota 32,77 cz., nie wykryto 3,95 cz. (prawdopodobnie pallad). Stop ten jest chemicznie mniej odporny, aniżeli metal zaczepek zębów „Casco" (Z-che R. 2. 1921).

K.

21). **Mostki stałe czy do zdejmowania?** Gormsen (Kopenhaga) w referacie, wygłoszonym na rocznem zebraniu Związku duńskich lekarzy-dentystów w Sönderborgu w dn. 29 sierpnia 1920 r., omówił szczegółowo sprawę obu rodzajów wyrabianych mostków. Niejednokrotnie robił on nacisk na to, iż mostki stałe, do których nb. wielu praktyków ma nadzwyczajne zamiłowanie, nader często bez uwzględnienia *ważniejszych warunków w jamie ustnej*, stanowczo winny być zarzucone. Wiadomo, jakie mnóstwo zębów, będących filarami oporowemi dla mostków stałych, pada ofiarą tego właśnie „zamiłowania". Mostki winny być możliwe do zdejmowania ze względu właśnie na oszczędzanie owych filarów oporowych. Pogląd ten jest obecnie gorąco popierany przez amerykański i angielski świat dentystyczny, który zapoczątkował, jak wiadomo, coraz bardziej rozpowszechniany i praktycznie poparty ruch reformatorski po stanowczem stwierdzeniu, iż zakażenie pochodzące z jamy ustnej i zębów, może stanowić bespośrednie źródło ogniskowe przeróżnych chorób, jak serca, nerek, stawów i t. d.

Przy uprzednich badaniach rentgenologicznych, przeprowadzonych przez amerykańskich badaczy, stwierdzono np. iż na 60 filarów oporowych 50 wykazało zmiany patologiczne. Z liczby 34 miazg, które podczas nasadzenia mostków wykazały całkowitą żywotność, po pewnym czasie umarło 30. Wypełnienie kanałów korzeniowych na 22 przyp. było dobre w 3 przyp., wątpliwe w 1 przypadku.

Stoimy więc wobec problematu wypełniania korzeni zębowych, które ma zawsze miejsce przy nasadzaniu stałych mostków. Stanowisko autora: ekstrakcja zębów septycznych (prócz zębów przednich, mających

ważne znaczenie); dla zębów z żywą miazgą — amputacja. Najodpowiedniej stosować mostki takiego systemu, który nie wymaga uprzedniego leczenia miazgi lub wypełnienia kanału korzeniowego (Tandaegebladet 8. 20, Zche Rund. 1. roczn. XXX). *Z. G.*

22) **Metale nieszlachetne w jamie ustnej.** W pracy swej dysertacyjnej p. t. „Zastępki złota" (Goldersatz) dr. Feistkorn (Norymberga) omówił ciekawą sprawę używania w jamie ustnej metali nieszlachetnych. Przytoczył opisy przypadków szkodliwego działania przeróżnych zastępków złota, powodujących powstawanie różnych zmian patologicznych. Przeprowadził doświadczenia z najwięcej używanemi w jamie ustnej metalami nieszlachetnemi: „Randolf", „Kosmos", „Victoria", nowe srebro (neusilber) i czysty nikiel (Reinnickel). Celem stwierdzenia ich wpływu, badania przeprowadzano w warunkach, zbliżonych do warunków w jamie ustnej (w cieplarce przy t° 36.5). Jako płyny badawcze stosowane były: ślina ludzka, rozczyn kwasu solnego, 3% kw. octowy, 0,2% ług potasowy (rozczyn wodotlenku potasowego). Również badano te metale przed użyciem (przed oddaniem) dostawki, jak również po upływie 1—2 miesięcy noszenia protezy. Z zestawień wagowych wynika, iż wzmiankowane zastępki—metale ulegają rozpuszczeniu w jamie ustnej, i dzienna strata wynosi przeciętnie 1—2 miligramów. Wynik dla celów praktycznych bezsprzecznie nie może być uważany za pomyślny (Z-che R. 8. 1920 r. XXX). *K.*

23) **Licówka z cementu krzemowego**. W pewnym przypadku, gdy wybielenie zabarwionego środkowego siekacza przy pomocy perhydrolu nie dało dodatniego wyniku, Lhirondel (La Revue de Stomatogie nr. 10 r. 1921) zeszlifował całą licową ścianę (wargową) i wypełnił ubytek cementem krzemowym. Ze strony podniebiennej ząb został nietkniętym.

24) **Zmiana barwy zębów plombowanych amalgamatem.** Celem uniknięcia zabarwienia zębów (ściemnienia) przez plomby amalgamatowe ew. przeświecania tychże poprzez ściany ubytku, zalecane jest wysmarowanie wewnętrznej powierzchni ubytku próchnicowego rozczynem eterowym balsamu kanadyjskiego (lakierem). Na warstwę tę nakłada się listek złoty (folję) nr. 4, tak, iż ściany i kanty wszędzie są przykryte listkiem. Na to przykrycie nakłada się rozrobioną masę amalgamatową w sposób zwykły. Dzięki tym zabiegom unikamy zabarwienia zębą, masa nie kurczy się, powierzchnia zęba ma ładny wygląd (Oral Health, Z-che Rundschau nr. 1 r. 1922.)

25) **Ochrona miazgi zębowej pod cementami**. Doc. Wustrow (Erlangen) na mocy swych doświadczeń dochodzi do wniosku, iż czynnikiem, ujemnie wpływającym na miazgę zębową, powodującym nieraz jej obumarcie, jest kwas fosforowy cementu (krzemowego). W cementach krzemowych znacznie dłużej stwierdzić można obecność kwasu fosforowego, aniżeli w cementach fosfatowych; kwas fosforowy cementów krzemowych dyfunduje poprzez warstwy zębiny; obecność tego kwasu w zębinie da się stwierdzić jeszcze w ciągu kilku dni; zarówno 84-procentowy, 10-procentowy kwas fosforowy, jak również używany przez nas

płyn cementu krzemowego, są w stanie przanikać przez warstwy zębinowe. Starano się izolować działanie kwasu fosforowego przy pomocy lakieru, lecz bez skutku. Wustrow wykazał, iż lakier spirytusowo-żywicowy, acetocelulozowy i lakier saponowy nie są zdolne uchronić zębiny od przenikania kwasu fosforowego i jego związków kwasowych. Należy mieć na względzie zestawienie takiego rodzaju podkładu cementowego, którego sposób zastosowania byłby dogodny, również lakieru, który stanowiłby pewną ochronę przeciw działaniu kwasów. Własnościom tym podług Wustrowa odpowiada „Podkład dla plomb krzemowych d-ra Jacobsena“ (*Dr. Jacobsen's Unterfüllung für Silicatcemente*). Jak wynika z doświadczeń autora, podkład ten również odporny jest na działanie śliny. Ważne znaczenie ma sposób rozrabiania cementu. Już Kulka wykazał, iż miękko rozrobiony cement tygodniami zawiera jeszcze wolny kwas lub jego związki kwasowe. Tymczasem przy twardem rozrabianiu cementu po 4 dniach wogóle nie można wykazać w tychże śladów kwasu. Ma to szczególne znaczenie również przy nasadzaniu koron, bowiem ma się tu do czynienia z miękko, najczęściej śmietankowato rozrobioną masą cementową, która w dodatku przychodzi w zetknięcie z zębem pod pewnem ciśnieniem. Drażnienie pod koronami miazgi i jej obumarcie, zdaniem Wustrowa, mają tu po części pewien związek z powyższem zjawiskiem. I w tych razach zaleca on stosowanie „Podkładu d-ra Jacobsena“, którym należy posmarować spreparowane warstwy zębiny po uprzedniem osuszeniu. Zęby w ten sposób traktowane nie wykazały drażnienia miazgi. W końcu autor wypowiada się za zachowaniem miazgi przy koronowaniu zębów (Deutsche Zahnärztliche Wachenschrift 6—7. r. 1922; Z-che Rundschau 14 r. 1922).

26) **Krętki blade (spirochaete pallida) w wyleczonych kłykcinach przymiotowych jamy ustnej (plaque muqueuse).** Dr. A Scheele (z kliniki dermatologicznej uniwersyteckiej w Lipsku; Medizinische Klinik nr. 39 r. 1921; Z-che Rundsch. 4 r. 1922) na mocy doświadczeń na licznym materjale własnym, wbrew innym badaczom (Gussmann, Cambell), twierdzi, iż w nader znacznej liczbie przypadków w miejscach wyleczonych kłykcin nie wykryto swoistych krętków bladych. U innych autorów we wszystkich lub większości przypadków wykryty krętek należał do rodzaju *krętków jamy ustnej (spirochaete buccalis v. dentium)*, a nie bladych (pallida, swoistych dla przymiotu).

27) **Sprawa wsysania korzeni zębów mlecznych.** Wobec nieustalenia poglądów na tę sprawę niezbyteczne będzie zwrócenie uwagi na poglądy w tej mierze prof. Hessego, znanej powagi w dziedzinie naszej specjalności (Deutsche M-ft. f. Z-de). W celu wyjaśnienia sprawy wsysania korzeni zębów mlecznych autor ten wykonał szereg fotografji rentgenowskich, na zasadzie których doszedł do następujących wniosków. Zamiana zębów i dostrzegane przy niej wessanie kości i tkanek zębowych są zjawiskiem czysto fizjologicznem. *Hesse zaprzecza zboczeniu w odżywianiu w sensie Fischera*, gdyż obserwacje tegoż Fischera i Kalihardta nie pozwalają przypuszczać zjawiska podobnego, przeciwnie — na preparatach drobnowidzowych spostrzega się podczas wsysania korzeni wzmożoną czynność niektórych komórek. Doświadczenie kliniczne poucza, że przy

prawidłowem wyrzynaniu się stałego zęba wessanie korzeni mlecznych zębów ma normalny przebieg. W razie zaś przesunięcia wyrzynających się stałych zębów następują zboczenia w procesie wessania korzeni mlecznych zębów, przyczem przedewszystkiem wessaniu ulegają te części korzeni mlecznych zębów, które leżą najbliżej zarodka stałego zęba. Jeśli stałe zęby nie wyrzynają się, albo wyrzynają się z boku, mleczny ząb często pozostaje na długi czas w szczęce. Większość autorów za przyczynę dłuższego pozostawania w szczęce mlecznego zęba uważa przesunięcie się lub brak zarodka stałego zęba; opinję swoją potwierdzają oni klinicznemi obserwacjami i fotografjami Roentgena (Port, Berten). Hesse jednak twierdzi, że rozrastanie się zarodka stałego zęba jedynie sprzyjać może wessaniu i stara się dowieść, że obecność zarodka zęba stałego nie może stanowić zasadniczego czynnika w sprawie wessania korzeni zębów mlecznych. Z obserwacji jego wypadło, że *proces wessania może odbywać się i w nieobecności zarodka zęba stałego, i że żywa miazga mlecznego zęba ma tu pewne znaczenie*. W mlecznych zębach bez żywej miazgi dostrzega się powstrzymanie wessania ich korzeni, tak że, naprzykład, w celu utrzymania korzeni zachowanych zębów mlecznych zaleca się uśmiercenie miazgi.

28) **Krwawiączka (hemofilia) dziedziczna.** Przypadki krwawiączki nie są bynajmniej zjawiskiem tak częstem, jak zwykle niektórzy mniemają. Znaczniejsze nieraz krwawienia a nawet krwotoki, występujące niekiedy np. po ekstrakcjach zębów, nie mogą być brane na karb krwawiączki. Istnieją różne przyczyny miejscowe, które często sprzyjać mogą powstawaniu znaczniejszego nawet krwawienia (znaczne przekrwienie dziąsła, większe ziarniniaki i t. p.) Krwawiączka nosi nieraz cechy dziedziczności. Przypadek taki obserwował dr. Emile-Weil (Bulletin de la Société médicale des Hôpiteaux de Paris, nr. 24 r. 1921; ref. Lekarz wojskowy nr. 5 r. 1922). Dotyczył on chłopca, który pochodził z rodziny krwawców, u której krwawiączka była odziedziczona już od 18 go stulecia. W dzieciństwie chłopiec miewał krwiaki podskórne i wewnątrzstawowe; w 6-ym roku życia miał znaczny krwotok po usunięciu zęba; krew jego ścinała się zaledwie w $3^1/_2$ godziny po zupełnej sedymentacji. Leczenie zaczęto w 7 roku życia pacjenta, które polegało na wstrzykiwaniu co 2 miesiące w ciągu 4 lat świeżej surowicy końskiej. Objawy krwawliwości stopniowo się zmniejszały pod wzgl. natężenia i odczuwały się rzadsze, aż wreszcie ustąpiły całkowicie. Chory został wyleczony, co było potwierdzone drogą badań klinicznych i hematologicznych, wykonywanych w ciągu 7 lat po ukończonem leczeniu. Obecnie pacjent jest dorosłym mężczyzną, zupełnie zdrowym; krew ścina się w ciągu 15 minut bez sedymentacji; krwawienie ustaje w $2^1/_2$ min.

Statystyka autora dotyczy 8 przypadków, pomyślnie zakończonych; leczenie trwało od 1 roku do 6 lat.

29) **Przypadek grzybicy dziąseł** opisuje Queyrat (Bulletin de la Société Francaise de Dermatol. et de Syphilographie, nr. 8 — 1921; ref. Gaz. Lek. 14 — 15 r. 1922): białawo-żółte naloty wielk. soczewicy lub główki szpilki; niekt. półkoliste wskutek zlania drobnych ognisk; naloty mocno trzymały się podstawy dziąseł. Na mocy badania drobnowidzowego autor przy-

puszcza, iż miało się tu do czynienia z grzybicą drożdżową dziąseł (paraendomyces); posiew z nalotów na żelatynie z cukrem dawał liczne kolonje komórek drożdżowych; prócz tego stwierdzono obecność różnorodnych drobnoustrojów.

30) **Czy znieczulenie przewodnie (Leitungsanästhesie) jest niebezpieczne?** Na pytanie to stara się odpowiedzieć dr. L. Drüner (Deutsche med. Wochenschrift 3—1921 r. str. 957, ref. Centralbl. f. Chirurgie, 6—1922 r.). Odpowiada on w sensie szkodliwości tego zabiegu i wskazuje na czynniki: spotęgowane trujące działanie środka znieczulającego, możliwość przekłucia naczyń, przerwanie przewodnictwa obocznych dróg nerwowych (niepotrzebnych do wyk. zabegu) i uszkodzenie nierozdzielonych narządów. Autor zaleca stosowanie możliwie znacznie rozcieńczonych płynów w małych ilościach (3—5 cm), nastrzykiwanie warstwowe, przerywanie przewodnictwa dróg nerwowych możliwie jaknajbliżej pola operacyjnego.

31) **Zęby u oseska.** John W. Pare (Dental Magazine, z. 11—12 r. 1921; ref. Z-che Rund. 6 r. 1922) opisuje przypadek wyrznięcia się 2 dolnych środkowych siekaczy u 7-dniowego oseska. Z ust silny foetor. Ząbki wyrznęły się do wysokości blisko 3 mm., karmienie piersią było utrudnione; podczas ssania dziecko uszkodziło sobie języczek o ząbki. Wobec zrzeczenia się matki karmienia dziecka przy pomocy łyżeczki i na skutek pogarszającego się stanu miejscowego ząbki zostały usunięte. Ssanie było normalne.

32) **Geneza 4-go trzonowca.** Dr. Dora Jacobson opisuje obserwowany przez Brucka (Wrocław) w Bukareszcie przypadek: u 23-letniego turka z całkowitem, dobrze zachowanem i zupełnie rozwiniętem uzębieniem w dolnej szczęce po lewej stronie poza 3-im wyrznął się *4-y trzonowiec.* W istocie rzeczy przyczyny, które przytaczano w celu wyjaśnienia tego zjawiska, są sprzeczne z sobą. Zdaniem autorki, nie jest to bynajmniej trzecie zębowanie (dentitio tertia), którego dla trzonowców z całą stanowczością niema; zjawisko podporządkowuje pod t. z. nadzębowania (Ueberdentitionen).

Genetycznie w powstawaniu nadliczbowego zęba najważniejsze znaczenie ma nadmierna zdolność twórcza listewki zębowej (w czasie rozwoju). Nadliczbowość zębów uważana być może jako postępujący objaw atawistyczny. Większa liczba obserwowanych przypadków stwierdza fakt, iż narząd zębowy człowieka w przebiegu swego rozwoju doświadczał pewnej redukcji, która zgodnie ze spostrzeżeniami postępuje dalej (Correspondenz-Blatt f. Z-te 1—2 r. 1921; Z-che Rundschau 20 r. 1922).

33) **Epidemiczne zapalenie ślinianek wśród żołnierzy wojska polskiego.** Lekarze: Białokur, Tuz i Wasilewski na jesieni r. 1919 mieli możność obserwowania na oddziale Szpitala ujazdowskiego w Warszawie znacznej liczby przypadków epidemicznego zapalenia ślinianek wśród żołnierzy.

Ze względu na to, że zapalenie nagminne ślinianek (przyusznica świnka, parotitis epidemica, mums) jest chorobą przeważnie wieku dzie-

cięcego i młodzieńczego, w wieku zaś dojrzałym zdarza się względnie rzadko, autorzy postanowili obserwacje swe zestawić tak, aby można było uchwycić niektóre cechy odmienne dla obserwowanej epidemji i dla chorych osobników powyżej lat 20.

Wszystkich przypadków naliczono 131.

Najmłodszy żołnierz z tego okresu liczył lat 18, najstarszy 23, reszta (80%) lat 20. Chorzy na przyusznicę pozostawali w szpitalu przeciętnie 15—16 dni (z powodu różnych powikłań).

Najkrótszy czas pozostawania w szpitalu 8 dni — najdłuższy zaś 36 dni.

Na przeszkodę w żuciu zazwyczaj się nie skarżono.

Pierwsza obrzmiewała zwykle ślinianka przyuszna prawa 55 razy, lewa 36 razy.

Obie odrazu	40	razy.
Ślinianki podszczękowe obrzmiewały	51	„
Obie podszczękowe	29	„
Tylko prawa podszczękowa	16	„
„ lewa	6	„
Ślinianki podjęzykowe obrzmiewały	3	„
Pierwotne zajęcie ślinianek podszczękowych	3	„

Przejściu zapalenia z jednej ślinianki na drugą towarzyszyło zwykle nieznaczne podniesieniie ciepłoty. Najczęstszem powikłaniem było zapalenie jąder, które następowało po 9 — 13 dniach choroby.

Zropienia ślinianek nie obserwowano ani razu. W 2 przypadkach skonstatowano u chorych na przyusznicę żołnierzy wybitny infantylizm. W wielu innych przypadkach żołnierze, chorzy na przyusznicę, mieli wygląd dziecinny lub kobiecy.

Przedwczesną rozedmę płuc i przewlekły nieżyt oskrzeli spostrzegano 13 razy. Zgęszczenie szczytów płuc stwierdzono 15 razy (w 3 przypadkach gruźlicę czynną). Niedokrwistości, szmery u podstawy serca i przyśpieszenie tętna obserwowano przy wypisywaniu ze szpitala 41 razy.

Jak widzimy, z żołnierzy garnizonu warszawskiego w wieku od lat 18 do 23 zapadali na przyusznicę prawie wyłącznie nierozwinięci fizycznie (infantylizm). chorzy na przedwczesną rozedmą płuc, zgęszczenie szczytów i niedokrwistość.

Wiadomości praktyczne.

1) **Skład chemiczny sztucznej zębiny (artificialdentin) Fletchera** według dentysty Bora w Utrechcie.

a) Proszek: 7½ grm. mastyksu sproszkowanego i przesianego należy zmieszać ze 100 grm. tlenku cynku (zincum oxydatum), przepalonego uprzednio w ciągu ½ godziny; do tego należy dodać 12 grm. świeżo przygotowanego bezwodnego cynku siarczanego (zincum sulfuricum). Wszystko to należy starannie zmieszać i przechowywać w szczelnie zamkniętem naczyniu.

b) Płyn: 25 grm. gumy arabskiej rozpuszcza się w 65 grm. wody destylowanej i 10 grm. alkoholu; do tego wszystkiego dodaje się nieco kwasu karbolowego.

Im więcej proszek zawiera siarczanu cynku, tem prędzej mieszanina twardnieje.

W miarę potrzeby każdy dentysta może sobie dodawać do tej sztucznej zębiny środki antyseptyczne lub znieczulające, jak np. tymol sproszkowany, hydronaftol lub kokainę.

Niektóre środki, jak np. olejek cynamonowy, gwoździkowy opóźniają albo nawet zupełnie przeszkadzają twardnieniu cementu.

2) **Pasta trójkrezol-formalinowa Scheuera:**

Rp.	Zinci oxydati	8,0
	Zinci sulf. anhyd.	2,0
	Trikresoli	3,0
	Formalini	1,0
	Eugenoli	1,0
	Glycerini q. s. ut fiat pasta.	

3) **Naprawianie złamanych modeli gipsowych**: roztwór celuloidu w równych częściach eteru siarczanego i spirytusu kamforowego; roztwór powinien mieć postać kremu. Wysuszone dobrze powierzchnie odłamków należy posmarować tym roztworem, a następnie obie części złożyć i wysuszyć. Złamane części trzymają się mocno i nadają się do dalszej roboty.

4) **Płyn do lutowania**: kwasu bornego 16 grm., boraksu 15 grm.' salmiaku 1 grm., potasu 0,3 grm., wody destylowanej 90 grm. Płyn ten może być używany do każdego metalu. Nie należy jednak go używać, gdy ma być zastosowana porcelana.

5) **Kniewela 18-karatowe łączno złote**: 1 dwudziestomarkówka złota, łączna srebrnego 0,8; kadmu — 0,8.

6) **Lakier do gipsu**: gumy sandarokowej 50,0; gumy mastyksu 30,0; lakieru terpentynowego 35,0; rozpuścić w wyskoku 150,0. Nadaje modelom piękny bezbarwny połysk.

7) **Lakier do separacji warstw gipsowych**: szellaku 200 gramów boraksu — 100 grm. i wody — 250 gramów. Boraks rozpuszcza się we wrzątku, a następnie dodaje się szellaku.

8) **Ażeby uniknąć ruchów wymiotnych i nudności podczas zdejmowania wycisku**, należy dać pacjentowi do wąchania spirytus kamforowy dopóty, dopóki pacjent nie przestanie odczuwać zapachu kamfory. Dobrze też jest pacjentowi trzymać pod nosem spirytus kamforowy na wacie tak długo, dopóki się nie wyjmie łyżki.

9) **Aby oczyścić wosk,** należy roztopić go we wrzącej wodzie i zdrapać po ostudzeniu brud z dolnej powierzchni. Następnie należy wosk raz jeszcze włożyć do wody, a, gdy się ta zagotuje, dodać łyżkę kwasu siarczanego.

10) **„Mentholin“** — płukanie do zębów — zestaw. jest z następ. składników;

Rp.	Mentholi	2,5
	Ol. caryophill.	5,5
	Ol. menthae pip.	57,5
	Acidi borici	35,0
	Trae myrrhae	135,0
	Alkoholi ad litr	1

Mentol i kw. borny rozpuszcza się w 60,0 wyskoku (alkoholu), następnie dodaje się olejki eteryczne i tinktury. *K.*

Związek zawodowy lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem.

I.
II-ie Walne zebranie Rady Głównej
(Zjazd delegatów)

W dniach 24, 25, i 26 marca r. b. odbyło się w lokalu kliniki Państwowego Instytutu Dentystycznego (Marszałkowska 116) II-ie Walne zebranie Rady Głównej Związku zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem. W zebraniu brało udział 41 delegatów, reprezentujących 9 oddziałów, a mianowicie: Warszawskiego, Łódzkiego, Ziemi Radomskiej, Zagłębia Dąbrowskiego, Ziemi Kaliskiej, Częstochowskiego, Zamojskiego, Piotrkowskiego i Włocławskiego. Oddziały Lubelski i Białostocki z przyczyn technicznych reprezentowane nie były. Prócz delegatów na Zjeździe obecni byli w charakterze gości: prof. A. Cieszyński i dr. Szafran ze Lwowa (przedstawiciele związku lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby Lekarskiej wschodnio-galicyjskiej), lek. dent. F. Kos z Mysłowic (przedstawiciel Polskiego Związku lekarzy-dentystów Województwa Śląskiego), lek. dent. A. Perliński z Poznania, lek. dent. Świtała z Bydgoszczy, dyrektor Państwowego Instytutu Dentystycznego, dr. Meissner, prof. Nitsch, prof. Czubakalski, referent Min. W. R. i O. P., radca dr. Borowski, przedstawiciel „Przeglądu Dentystycznego“ i referent do spraw dentystycznych Min. Zdrowia Publ., dent. Biernacki.

Spotkanie delegatów i gości nastąpiło dn. 24 marca o godz. $8^1/_2$ wieczorem.

I część obrad.

Nazajutrz, 25. III., o godz. 11 rano, rozpoczęły się obrady przemówieniem powitalnem prezesa Związku, lek. dent. W. Zawidzkiego. Przewodnictwo objął kol. Ogórkowski z Radomia, obrady prowadził wiceprzewodniczący, kol. M. German z Warszawy. Po ukonstytuowaniu się prezydjum i uchwaleniu porządku dziennego kol. Zawidzki zreferował sprawę organu zawodowego. Zebranie wyłoniło komisję celem rozpatrzenia tej sprawy. Komisja ta przedstawiła na plenum wniosek poniższy: Zjazd oświadcza się za koniecznością prenumerowania przez wszystkich członków Związku czasopisma naukowego z osobnym dodatkiem dla spraw zawodowych. Zjazd upoważnia zarząd Rady Głównej do bliższego rozpatrzenia sprawy i zadecydowania, które pismo każdy z członków Związku

prenumerować i pracami naukowemi zasilać powinien". Wniosek ten zebranie uchwaliło.

W związku z powyższem dr. Szafran podnosi zasługi redaktora „Kroniki Dentystycznej", kol. M. Krakowskiego, na polu piśmiennictwa zawodowego. Zebranie uchwaliło wystosować list dziękczynny do kol. Krakowskiego.

Sekretarz Związku, kol. L. Sachs, odczytał sprawozdanie z działalności Związku w okresie od 1. VI. 1920 do 15. III. 1922 r. Sprawozdanie obejmuje 11 oddziałów z 637 członkami. Zarząd Rady Głównej Związku odbył w tym okresie 30 posiedzeń, wystosował szereg memorjałów do władz w celu uregulowania stanowiska dentystów, wydał szereg druków i interwenjował odnośne władze w całym szeregu spraw.

Budżet Rady Głównej na rok 1922 zatwierdzono w wysokości mk. 5515590—, bilans z roku 1921 zamknięto sumą mk. 793,745.55.

Na wniosek Komisji Rewizyjnej zebranie udziela absolutorjum ustępującemu Zarządowi.

W końcu posiedzenia zebranie wyłoniło kilka komisji (do spraw Kasy wzajemnej pomocy, Centralnej kooperatywy, do zwalczania partactwa dentystycznego) w celu wypracowania wniosków na plenum.

II część obrad.

Tegoż dnia, o godz. $4^1/_2$ po poł., rozpoczęło się zebranie delegatów wraz z zaproszonymi gośćmi, poświęcone sprawom ogólno-zawodowym. Po przemówieniu powitalnem prezesa związku na przewodniczącego przez aklamację wybrany został prof. Czubalski, na zastępcę kol. Świtała.

Przewodniczący odczytał list powitalny gen. ppor. prof. Fr. Zwierzchowskiego oraz depeszę zarządu Bratniej Pomocy studentów Państwowego Instytutu Dentystycznego, poczem kol. Zawidzki zreferował sprawę ustaw o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej i o Izbach lekarsko-dentystycznych. W dłuższem przemówieniu uzasadniał powagę i aktualność sprawy, przyczem zaproponował wzorowanie się na odpowiednich ustawach lekarskich. Nad sprawą tą wywiązała się dłuższa dyskusja, w której zabierali głos kol.: Perliński, Świtała, Kos, Biernacki, prof. Cieszyński, dr. Szafran i dr. Meissner.

Sprawę obu tych ustaw zakończono dnia następnego przez przyjęcie wniosku prof. Cieszyńskiego: „Projekty ustaw o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej i o Izbach lekarsko-dentystycznych zostaną przesłane przez Radę Główną wszystkim organizacjom dentystycznym i stomatologicznym na obszarze Rzpltej dla wydania opinji w ciągu 4 tygodni. Po tym czasie zarząd Rady Głównej prześle projekty ustaw do Min. Zdr. Publ. z uwzględnieniem opinji poszczególnych organizacji".

W dalszym ciągu obrad poruszona była sprawa reformy studjów dentystycznych i doktoratu. Referat wygłosił kol. T. Karnibad, który przytoczył zarys dziejów szkolnictwa dentystycznego w Polsce. Usilne starania w kierunku naprawy stosunków w dziedzinie szkolnictwa dentystycznego uwieńczone zostały utworzeniem Państwowego Instytutu Dentystycznego. Po dłuższej dyskusji nad stanem szkolnictwa zawodowego przyjęty został wniosek prof. Cieszyńskiego treści następujące: „Zjazd delegatów do Rady Głównej wraz z zaproszonymi gośćmi uznaje bez-

względną konieczność wprowadzenia w najbliższym czasie osobnych studjów dentystycznych o programie, określonym przez ustawę dla P. I. D., przy wydziałach lekarskich uniwersytetów Państwa Polskiego. W tym celu należy zarezerwować dla studentów dentystyki przy wydziałach lekarskich najmniej 10 proc. miejsc, przewidzianych dla studentów medycyny. Ilość miejsc zarezerwowanych dla studentów dentystyki zależy od referatu przedstawiciela katedry dentystyki. Celem ułatwienia urzeczywistnienia niniejszego projektu z punktu widzenia finansów Państwa pożądanem jest utworzenie, jeżeli nie 3 osobnych katedr, to przynajmniej 3 adjunktur z veniam legendi przy każdej istniejącej katedrze dentystyki, organizując tem samem studjum dentystyczne w sposób najekonomiczniejszy".

Wreszcie po przemówieniu prof. Cieszyńskiego postanowiono, aby ogólny Zjazd naukowy odbył się w lipcu 1923 r. we Lwowie.

III część obrad.

W dn. 26. III. odbyły się 2 posiedzenia: przedpołudniowe i popołudniowe.

Na zebraniu przedpołudniowem uchwalono utworzyć przy Związku Centralną kooperatywę; następnie uchwalono utworzyć komisje: Centralną etyczno-zawodową, Centralę pośrednictwa pracy, Komitet naukowy, Bibljoteczną, Kasę wzajemnej pomocy i Organizacyjno-kontrolującą.

Na zebraniu przedpołudniowem przyjęto szereg poprawek do statutu i regulaminów i omówiono wiele spraw, dotyczących wewnętrznej organizacji Związku jakoteż natury ogólno-zawodowej.

Poruszono więc: sprawę utworzenia w Warszawie kursów uzupełniających o następującym programie: 1) ortodoncja, 2) wkładki porcelanowe i złote, 3) roboty mostkowe i 4) krwawe operacje w jamie ustnej, dalej sprawę utworzenia bibljotek centralnych lotnych i oddziałowych, sprawę popularyzacji higjeny zębów i jamy ustnej wśród najszerszych warstw ludności.

Pragnąc uświetnić wejście w życie Rozporządzenia Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. z dnia 7. I. 1922 r., normującego sprawę studjów dentystycznych, Zjazd przedstawicieli wszystkich b. zaborów uchwalił, by praktykujący lekarze-dentyści składali $1/2$ % dochodu netto na ręce Bratniej Pomocy studentów dentystyki jako „Stypendjum starszych kolegów", dając w ten sposób stałą pomoc materjalną uczącej się młodzieży i zachęcając ją do dalszej pracy w dziedzinie specjalności. Zapomogi te są zwrotne. Zwracanie zapomóg zaczyna się w 5 lat po ukończeniu studjów. W ten sposób zwracany kapitał zwiększa w dalszym ciągu stypendjum. Warunki i przepisy, pod jakiemi może być udzielone stypendjum, określi Zarząd Rady Głównej (wniosek dr-a Szafrana ze Lwowa).

Szczegółowo omówiono sprawę walki z partactwem dentystycznem, uprawianem przez techników. Komisja, wybrana dla rozpatrzenia tej sprawy, przedstawiła szereg wniosków, których celem jest zapobiec panoszącym się nadużyciom.

Postanowiono m. in., że w przyszłości technikom dentystycznym koncesji udzielać nie należy, że mogą oni tylko prowadzić t. zw. „Pracownie zębów sztucznych" bez prawa wykonywania zabiegów krwawych

i zębolecznicżych, że technicy b. zaborów austrjackiego i pruskiego mogą na razie wykonywać praktykę dentyst. w zakresie leczenia zębów, ale winni oni zdać egzamin specjalny, jeśli praktykują mniej, niż 10 lat i t. p.

Zjazd zakończyły wybory do władz Związku.

Prezes: Zawidzki,

Zarząd: Neufeld, Klein, Ujejski, German, Sachs, Kernibad, Bloch, Rzędowska, Benzefowa, Szokalski, Lubczyński. Zastępcy: Szokalski, Hanftwurcelowa, Klingerowa, Rozenowicz, Barylski.

Komisja rewizyjna: Kon Feliks, Bergor, Cenżar. Zastępcy: Taubenhaus, Toruńczyk.

Komisja bibljoteczna: German, Gombiński, Kon F., Barylski, Rakiszski. Zastępcy: Lubczyński, Rzędowska.

Komisja etyczno-zawodowa: Zawidzki, Sachs, Neufeld, Ujejski, Karnibad. Zastępcy: Barylski, Pinkert.

Zarząd Kasy wzajemnej pomocy: Barylski, Dessau, Neufeld, Kleinowa, Kon D., Bergor, Bauer, Szokalski, Rozenowicz, Benzefowa, Ogórkowski. Zastępcy: Przedpełski, Rozenówna, Sternik, Szapirowa, Rzędowska, Tatar.

Komisja rewiz. Kasy wzaj. pom: Klein, Pinkert, Kelterówna.

Komitet naukowy: Gombiński, Zawidzki. Zastępcy: Neufeld, Sachs.

Komisja organizacyjno-kontrolująca: Sachs, Ujejski, Zawidzki. Zastępcy: Klein, Karnibad.

Zarząd Centralnej kooperatywy: Taubenhaus, Dessau, Kelterówna. Zastępcy: Bloch, Pinkert.

Wygłaszając przemówienia pożegnalne, przedstawiciele organizacji dentystycznych Małopolski, Wielkopolski i Górnego Śląska wyrażają swe uznanie za wysoki poziom prac Zjazdu.

Odgłosy.

I.

Organizacja lekarzy-dentystów na terenie warszawskim wobec siebie, Państwa i społeczeństwa.

Dentystyka w byłej dzielnicy rosyjskiej znajduje się obecnie przeważnie w rękach żydów, nie jest to tajemnicą; jest to fakt, z którym społeczeństwo i Rząd liczyć się muszą. Wynika to przeważnie z historji dentystyki na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego, gdyż żydzi wobec istnienia dla nich t. zw. strefy osiadłości, nie mając możności przesiedlania się, starali się nieraz wyłącznie z tego powodu o uzyskanie dyplomu lekarza-dentysty, nie mówiąc już o tem, iż dawniejsze szkoły dentystyczne prywatne były przeważnie w rękach żydowskich. Statystyka narodowościowa lekarzy-dentystów w byłym zaborze rosyjskim nie była oficjalnie opublikowana, przypuszczalnie jednak jest lekarzy-dentystów żydów blizko 85%. Nieliczna garstka stomatologów warszawskich składa się przeważnie z chrześcijan.

Na terenie warszawskim istnieje „Towarzystwo lekarzy dentystów", liczące w końcu roku 1920 115 członnków wyłącznie chrześcijan[1]); w końcu roku 1921 powstał zawodowy „Związek lekarzy-dentystów chrześcijan", liczący 60 członków[2]); największa zaś organizacja, „Związek lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem" z siedzibą w Warszawie liczy 640 członków, obejmujący poza oddziałem warszawskim 11 oddziałów prowincjonalnych i składający się z większości żydów.

Fakt ten stanowi przyczynę do niesłychanej napaści w numerze 601 „Myśli Niepodległej" z dnia 22 kwietnia b. r. w anonimowym artykule: „Prima aprillis Kurjera Warszawskiego", w którym nieznany autor nazywa Związek ten zawodowy „związkiem izraelitów, mechesów i zaprzyjaźnionych z nimi szabesgojów", piętnując go „kołem wzajemnej adoracji", odmawiając mu prawa odbywania zjazdów zawodowych w murach Państwowego Instytutu dentystycznego. Fakt ten wystarcza autorowi anonimowego artykułu do odmówienia kwalifikacji naukowych dyrektorowi tej uczelni, d-rowi Meissnerowi, zato jedynie, że, nie solidaryzując się z ekskluzywną polityką organizacji konkurencyjnych, nie odmówił urządzającym zjazd gościnności w Państw. Instytucie dentystycznym dla celów obrad, posiadających wielką doniosłość dla zawodu, ustawodawstwa i organizacji studjów dentystycznych w Polsce.

Artykuł ten, świadczący o kompletnym braku orjentacji w sprawach zawodowych i o zaściankowej ciasnocie umysłowej autora, któremu się wydaje, że tylko garstka chrześcijańskich dentystów, uprawiających separatyzm tak zawodowy, jak i na polu naukowem, zdolna jest do pożytecznej pracy i może stanowić poważną przeciwwagę wobec większości kolegów żydów, którym się imputuje zgóry pracę destrukcyjną.

Niema zawodu wolnego w Polsce, któryby tak bardzo wymagał uregulowania wewnętrznych stosunków i ujednostajnienia praw odnośnie do wykonania zawodu, jak właśnie stan lekarzy-dentystów. Nieufnością, ani imputowaniem wzajemnem motywów ujemnych celu się nie osiągnie; konieczna jest zgodna i rozumna praca. Nie należy odgraniczać się chińskim murem, lecz łączyć się powinno, gdy chodzi o wspólne interesy zawodu, o pracę naukową i o ułożenie programu wyszkolenia nowego pokolenia.

Tak również rozumują lekarze-dentyści z Wielkopolski i Śląska, a są to wyłącznie chrześcijanie; takiego postępowania pragną stomatolodzy małopolscy. Jedyna Warszawa tego nie rozumie i zrozumieć nie chce.

Obserwując bezstronnie od lat 15 stosunki między organizacjami lekarzy-dentystów w Warszawie, przyznać muszę, iż więcej chęci do wspólnej pracy i dążności do podniesienia poziomu własnego zawodu spotkałem u przedstawicieli tej organizacji, której, jakkolwiek najliczniejszej nawet, odmawia się dziś prawa uregulowania spraw zawodowych, więcejaniżeil u tych, którzy dziś odsuwają się, by współdziałać w sprawach cały ogół lekarzy-dentystów obchodzących.

Jako delegat Związku lekarzy-dentystów lwowskich, będącego samodzielną organizacją, brałem udział w zjeździe delegatów „Związku le-

---

[1]) Przegląd Dent. 1921 nr. 1 str. 29.
[2]) Przegląd Dent. 1921 nr. 6 str. 56.

karzy-dentystów w Państwie Polskiem“ w charakterze gościa. Wrażenie, które ja oraz drugi delegat lwowski, jak również dwaj przedstawiciele Wielkopolski i delegat organizacji śląskiej — wszyscy zresztą chrześcijanie — odnieśli ze wspomnianego zjazdu jaknajlepsze, przekonaliśmy się, że chodziło zjazdowi nie o jakieś porachunki partyjne, tylko o pozytywną pracę zawodową, o czem można się przekonać z uchwał zjazdu.

Od początku dawała się odczuć wyraźna tendencja do łagodzenia wszystkich nieporozumień pomiędzy organizacjami, a nie tendencja pogłębienia przepaści. Niestety, tej chęci i tej dobrej woli nie mogłem znaleźć po stronie przeciwnej, która, bojkotując zjazd, nie chciała go uznać w oczach opinji publicznej, o czem miałem sposobność przekonać się, gdy chodziło mi o doprowadzenie do połączenia zwaśnionych obozów chociażby na terenie pracy naukowej. Muszę to oświadczyć w imię sprawiedliwości.

Oby nadeszły te czasy, ażeby wszyscy lekarze-dentyści warszawscy bez różnicy wyznania zrozumieli, że tylko dzięki silnemu zjednoczeniu uregulować można sprawy zawodowe z największą korzyścią dla zawodu. Ale na to potrzeba zaparcia siebie; trzeba pozbyć się nieufności.

Autor bezimienny odczuwa potrzebę zjazdu bezpartyjnego, „któryby zbadał palące zagadnienia naszej dentystyki i sprawę Państwowego Instytutu dentystycznego, który stanowi opokę mniejszości narodowych“.

Jako inicjator zjazdu, zwołanego w r. 1919 w sprawie uregulowania studjum dentystycznego w Państwie Polskiem i jako obywatel Państwa Polskiego, któremu zależy na tem, ażeby w każdym zawodzie istniał stosunek proporcjonalny narodowy i wyznaniowy, zgodny ze statystyką ogólną ludności w Polsce, zapewnić mogę nieznanego autora, znaczny odsetek studentów wyznania mojżeszowego w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie tłumaczy się jedynie likwidacją przez Rząd prywatnych szkół dentystycznych i przyjęciem tychże studentów z konieczności do nowego Instytutu.

Na 737 studentów w październiku 1920 r. było w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie 77,7% studentów wyznania mojżeszowego, w grudniu 1921 r. zaś 75,5%. Odsetek mniejszości narodowych zmalał więc w przeciągu roku o przeszło 2%, a w przeciągu 2 lat zredukuje się gwałtownie, skoro tylko opuści Instytut reszta wychowańców, przyjętych jeszcze z czasów rosyjskich ze szkół prywatnych. Zredukowała się pozatem liczba ogólna studentów z 737 na 510, co niewątpliwie wpłynie korzystnie na studja reszty studentów w Instytucie dentystycznym warszawskim, nie mogących znaleźć pomieszczenia w nader szczupłych ubikacjach tegoż zakładu, który nawet dla 200 uczniów rozmiarami swemi nie wystarcza.

Braku pod względem sił nauczycielskich odrazu usunąć nie można, gdyż istnieje w Polsce brak docentów stomatologji, a nawet przygotowanych należycie naukowo stomatologów do objęcia zastępstwa katedr. Mimo wzorowego programu nowego studjum dentystycznego w Polsce wykształcenie przyszłych lekarzy-dentystów naprawi się, a ilość ich wzrośnie dopiero wówczas, gdy przy każdej wszechnicy będzie zaprowadzone osobne studjum dentystyczne, a nie będzie tylko jedyny Instytut Państwowy w Warszawie, stojący poza uniwersytetem.

Zaprowadzenia osobnego studjum dentystycznego przy wszystkich wszechnicach wymagają potrzeby społeczeństwa wobec znacznych braków lekarzy-dentystów w Polsce, których powinno być, opierając się na stosunku lekarzy-dentystów do lekarzy (w Zachodniej Europie) w Małopolsce $3^1/_2$, a w Wielkopolsce $7^3/_4$ razy więcej, aniżeli jest dotychczas.

Studentów dentystyki mamy obecnie 510 i to jedynie w Warszawie w niekorzystnym stosunku wyznaniowym, a powinno być studentów dentystyki w Polsce 1627, ażeby utrzymać zdrowy stosunek do ogólnej ilości lekarzy i społeczeństwa. Poprawią się wreszcie warunki nauczania i podniesie się odsetek studentów-chrześcijan do studentów-żydów w zgodnym ogólnym stosunku wyznaniowym i narodowościowym. Jeżeli nie dojdzie odrazu do stosunku idealnego, to przynajmniej nie będzie on gorszym, aniżeli na Wydziałach lekarskich wszechnic polskich.

W artykule wspomnianym spotykamy, jak już zaznaczyłem, nie uzasadniony atak, wymierzony przeciw drowi Meissnerowi. Jako przedstawiciel katedry stomatologji na uniwersytecie polskim, a zarazem znający dra Meissnera od lat 14, jak również dokładnie jego wykształcenie fachowe, kompetentny jestem do uznania kwalifikacji naukowych tegoż i zapewnić mogę, że posiada on kwalifikacje większe, aniżeli którykolwiek stomatolog warszawski, by wykładać chirurgję stomatologiczną w Państw. Instytucie dentystycznym w Warszawie, jest on bowiem jedyny w Warszawie, który posiada obok dyplomu lekarskiego doktorat z nauk lekarskich, uzyskany na podstawie rozprawy, gruntowne wykształcenie chirurgiczne i trzyletnie specjalne studja dentystyczne, ukończone w Niemczech z dyplomem lekarza-dentysty. Odmówienie mu tych kwalifikacji w artykule wspomnianym jest prostem oszczerstwem, uczynionem widocznie przez jednostkę, której osoba dra Meissnera jest niewygodną.

Podkreślenie faktu, że dr. Meissner był lekarzem powiatowym w Wielkopolsce nie anuluje nigdy jego przygotowania w specjalności, i jest tylko pozorem, by dyskredytować osobę dr. Meissnera w opinji publicznej i utrudnić mu już samą w sobie trudną pracę na terenie warszawskim.

Jeżeli mimo trudnych warunków zewnętrznych i wewnętrznych Państwowy Instytut dentystyczny w Warszawie w rozwoju swoim posunął się w roku ubiegłym o poważny krok naprzód, jest to niewątpliwie zasługą dra Meissnera, który widocznie staje się niewygodnym dla tych, którym nie podoba się krytyczne odnoszenie się do stosunków warszawskich. Jeżeli dr. Meissner zezwolił na zjazd zawodowy w murach Państwowego Instytutu dentystycznego, uczynił to niewątpliwie po głębokim namyśle nie z kurtuazji lub osobistych sympatji, tylko z przekonania, że temsamem spełni najlepiej swój obowiązek, jako przedstawiciel katedry stomatologji w Państwowym Instytucie dent. w Warszawie. Nie uznając waśni partyjnych, umiał się dr. Meissner energicznie przeciwstawić prądowi, który chce pogłębiać przepaść zamiast je wyrównać. Dr. Meissner, jako przedstawiciel nauki, umiał być bezstronnym i uważał za swój obowiązek dążyć do pracy wspólnej dla dobra zawodu i społeczeństwa.

Prof. Dr. Antoni Cieszyński.

Lwów, dnia 11 maja 1922 r.

II.

Odezwa.

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 stycznia 1922 r. („Monitor" L. 69 z 24 marca) ma być wprowadzona bezpłatna pomoc lekarska dla urzędników i ich rodzin. Pomocy tej udzielać mają lekarze urzędowi lub kontraktowi, stale lub ryczałtowo płatni, za poradę zaś lekarską od poszczególnego wypadku rząd wyznacza 200 mp. honorarjum.

Cały ten projekt doszedł do skutku bez zapytania się lekarzy i bez porozumienia się z ich reprezentacją zawodową, co należało uczynić. Jeżeliby ten sposób postępowania zastosowano do jakiejkolwiek innej kategorji wolnych zawodów bez porozumienia się z nimi, np. aptekarzy, adwokatów, drukarzy i t. d., wywołałoby to niewątpliwie bardzo głośne protesty ze strony interesowanych.

Przeciwko tej próbie zsocjalizowania wolnego zawodu lekarskiego, której następstwem będzie zschematyzowanie pomocy lekarskiej bez pożytku dla interesowanych, jak tego przykłady mamy na Kasach Chorych, musimy stanowczo i energicznie zaprotestować. Stoimy na stanowisku, że pomoc lekarska powinna być rzeczą prywatną i pozostawioną wzajemnemu zaufaniu, a nauka lekarska może wtedy tylko czynić postępy i być dla społeczeństwa pożyteczną, jeżeli się opiera na wolnym wyborze lekarza. Lekarze sami uznają niekorzystne materjalne położenie szerokich warstw urzędników, niedostatecznie wynagradzanych, i z tem się licząc obniżają z własnej inicjatywy wysokość pobieranego honorarjum i skłonni są do jaknajdalej idących opustów.

Z wymienionych powodów Wydział Związku Okręgowego wraz z reprezentacjami zrzeszeń i towarzystw lekarskich uchwalił przestrzedz wszystkich Kolegów, aby nie zawierali żadnych wiążących umów w celu obejmowania posad w utworzyć się mających ambulatorjach aż do załatwienia rozpoczętej ze strony organizacji lekarskich akcji, mającej na celu przeprowadzenia jedynie dla obu stron korzystnego i godnego systemu wolnego wyboru lekarza.

We Lwowie dnia 5-go maja 1922.

Prof. Dr. Władysław Bylicki prezes Tow. ginekologicznego lwowskiego. — *Prof. Dr. Antoni Cieszyński*, przewodniczący Związku lekarzy-dentystów lwowskich. — *Prof Dr. Marjan Franke*, przewodniczący Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. — *Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz*, przewodniczący Tow. dermatologicznego lwowskiego. — *Dr. Władysław Kohlberger*, prezes Tow. psychjatrów polskich. — *Dr. Jan Papée*, prezes Związku lekarzy wschodniej Małopolski. — *Prof. Dr. Roman Rencki*, prezes Tow. lekarzy polskich, b. Galicji. — *Prof. Dr. Hilary Schramm*, przewodniczący Tow. chirurgicznego we Lwowie. — *Prof. Dr. Teofil Zalewski*, przewodniczący Tow. otolaryngologicznego.

III.

Odezwa Związku lekarzy Państwa Polskiego.

Walne zebranie Związku odbyło się w dniu 27 kwietnia r. b.; uchwalono następujące wnioski:

A. Ponieważ rozbieżna działalność szkodzi interesom ogólno-lekarskim, obniża i dyskredytuje powagę stanu, przeto Walne zebranie Związku lekarzy P. P. wzywa wszystkie organizacje lekarskie, mające cele zawodowe, i poszczególnych Kolegów do zrzeszenia się pod sztandarem Związku, który ma za zadanie dobro ogółu i dobro całego stanu lekarskiego.

B. Zgromadzenie walne Związku lek. P. P. uznaje, że dotychczasowa praktyka, stosowana przez Izby Skarbowe przy nakładaniu podatków na zawody wolne jest dowolna, urąga wszelkim zasadom sprawiedliwości i jest sprzeczna z duchem ustaw odnośnych. Zebranie walne domaga się, aby do Komisji Szacunkowej, określającej dochody zawodów wolnych, były powoływane czynniki kompetentne: przedstawiciele Związku i Stowarzyszeń.

C. Uznając w zasadzie konieczność istnienia Kas Chorych dla szerokich warstw pracującej ludności i mając na widoku najwyższy rozkwit tej instytucji, Zgromadzenie Walne Zw. lek. P. P. zaznacza, że duch ustawy i dotychczasowa organizacja Kas Chorych, powołana do życia bez współudziału kompetentnych czynników, nie uwzględnia z jednej strony psychicznych właściwości chorego, z drugiej zaś strony potrzeb i rozwoju stanu lekarskiego pod względem społeczno-naukowym. W ten sposób orgaizowane Kasy Chorych czynią z pacjenta bezmyślny objekt zabiegów lekarskich, a z lekarza powolne narzędzie administracji, spełniając li tylko automatycznie sobie wyznaczone zadanie.

Wychodząc z założenia słusznych potrzeb ludności pod względem leczniczym oraz potrzeb materjalnych, etycznych i naukowych stanu lekarskiego, Związek stał i stać będzie niewzruszenie na stanowisku uwzględnienia w ustawie i w działalności Kas Chorych postulatów następujących:

1. zorganizowanego wolnego wyboru lekarza, włącznie do Kas kolejowych i rządowych,
2. wynagrodzenia lekarskiego nie ryczałtowego,
3. obniżenie poziomu rocznego dochodu dla obowiązkowego ubezpieczenia i poleca te uchwały Związkowi i pojedynczym członkom jako dyrektywę w postępowaniu z Kasami Chorych.

D. Walne zebranie Związku lekarzy Państwa Polskiego uprasza Wysoki Sejm, Sejmową Komisję Zdrowia Publicznego i Panów Posłów Sejmowych o wstrzymanie i ponowne rozpatrzenie obu przedłożonych Sejmowi projektów ustaw o praktyce lekarskiej i Izbach lekarskich w ich wydrukowanej pod №№ 2312 i 2309 formie, które znacznie odbiegają od projektu, przedłożonego przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, a przyjętego przez Zjazd delegatów zrzeszeń lekarskich z całej Polski w kwietniu r. 1919, oraz prosi o zasięgnięcie opińji Komisji, złożonej z przedstawicieli Związku lekarzy Państwa Polskiego, Izb lekarskich, Towarzystw lekarskich, Stowarzyszeń lekarskich, w celu ułożenia projektu ustawy o praktyce lekarskiej i o Izbach lekarskich.

Ostatnia uchwała została doręczona P. Marszałkowi i lekarzom Posłom Sejmowym.

Bibljografja.

1) *Prof. Mikulicz i Kümmel.* **Die Krankheiten des Mundes. III Auflage. Jena.**

2) *Dr. Trautmann S.* **Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen mit Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis.** Wiesbaden.

3) *Prof. Zinsser F.* **Syphilis und syphilisännliche Erkrankungen des Mundes.** Berlin u. Wien.

Schorzenia jamy ustnej stanowią dział medycyny nie tylko ciekawy, ale i nader ważny pod względem rozpoznawczym i zapobiegawczym, nie mówiąc już nawet o związku z tak niezbędnemi do życia narządami, jak narządy oddechowy, pokarmowy i t. d. Wobec tego bardzo cenny nabytek dla naukowo-praktycznej medycyny stanowią trzy wydane, wyżej zatytułowane dzieła, które dopełniają się wzajemnie w specjalnych szczegółach.

Co do pracy Mikulicza i Kümmela, to należy zaznaczyć, samo ukazanie się tego dzieła w nowo-opracowanem wydaniu dowodzi jego wartości. Ciekawa i cenna pod względem praktycznym treść pracy prof. Kümmel'a, obecnie na nowo-opracowanej przezeń, zawiera: dział ogólny, w którym jest mowa o anatomji okolicy jamy ustnej i znaczeniu tej jako wrót do wtargnięcia zakażenia, o znaczeniu jamy ustnej w sprawie dalszego rozprzestrzeniania się czynników chorobotwórczych z zewnątrz—wgłąb', o sposobach badania jamy ustnej, o ogólnej symptomatologji i terapji chorób jamy ustnej. Dział specjalny podzielony jest na trzy rozdziały: w pierwszym opisane są choroby jamy ustnej nie umiejscowione wyraźnie (ogólne zakażenia, zranienia, zapalenia i t. d.), w drugim—zlokalizowane cierpienia—języka, gruczołów ślinnych, zębodołów, warg i policzków, a w trzecim — nowotwory łagodne i złośliwe. Oprócz tego dołączone są: przepisy do pielęgnowania chorej i zdrowej jamy ustnej — jako aneks pierwszy, i literatura przedmiotu — jako aneks drugi.

Wydanie książki można nazwać wspaniałem: piękny papier, druk i doskonałe wyraźne rysunki w tekście, barwne i czarne.

W 1903 roku wyszła pierwsza praca d-ra Trautmanna pod tytułem „Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege“. Nowo wydana praca rozrosła się już do 664 stronic, na których autor starał się podać statystyczne, kliniczne, histologiczne i w końcu rozpoznawcze dane wraz ze wskazówkami o literaturze, oświetlające oznaki różnych schorzeń skórnych śluzówki jamy ustnej i dróg oddechowych, odróżniające je od zmian przymiotowych.

Dzieło prof. Zinssera stanowi raczej atlas barwnych i bezbarwnych rysunków, przedstawiających rozmaite schorzenia jamy ustnej o charakterze przymiotowym i nieprzymiotowym. Na 44 tablicach umieszczono 69 rysunków, urozmaiconych pod względem naukowym i praktycznym. Na ostatnich tablicach przedstawione są zęby i szczęki przy dziedzicznym przymiocie, a dalej — krętek blady, krętki zębów i jamy ustnej.

Dzieło wspaniałe powinno się znaleźć na biurku nie tylko lekarzy-syfilidologów, lecz i specjalistów jamy ustnej; odda ono wielkie usługi każdemu lekarzowi praktykującemu. *M.*

Wiadomości Urzędowe.

I.

Okólnik Min. Zdr. Publ. do lekarzy powiatowych i inspektorów lekarskich w przedmiocie stosowania przepisów ograniczających prawo praktyki personelu lekarskiego, nie posiadającego obywatelstwa Państwa Polskiego.

Na terytorjum dawnego zaboru rosyjskiego mają być utrzymane na razie przepisy prawodawstwa rosyjskiego, które obowiązywało przed wojną w Królestwie Polskiem, orzekające, że lekarze cudzoziemcy, posiadający zagraniczne dyplomy lekarskie, nie mają prawa praktyki lekarskiej w Królestwie Polskiem bez uprzedniego uzyskania dyplomu uniwersytetu krajowego, ewentualnie bez zezwolenia b. rosyjskiej Rady Lekarskiej. Funkcje tej ostatniej wykonywa w Państwie Polskiem Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Wobec tego Ministerstwo Zdrowia Publicznego poleca W. Panom nie dopuszczać do zajmowania się praktyką lekarską cudzoziemców, którzy posiadają dyplomy lekarskie uniwersytetów zagranicznych, lecz nie uzyskali dyplomu jednego z uniwersytetów w Państwie Polskiem, lub pozwolenia na praktykę lekarską od Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Okólnik niniejszy stosuje się w równej mierze do lekarzy, lekarzy-dentystów, felczerów i akuszerek.

Winnych pogwałcenia przepisów wymienionych należy pociągać do odpowiedzialności karnej z mocy art. 195 Kod. Karn.

Za cudzoziemców uważane są osoby, nie posiadające obywatelstwa Państwa Polskiego.

Uwaga: Instrukcja do ordynacji wyborczej do sejmu ustawodawczego, zatwierdzona przez Ministra Spraw Wewnętrznych dnia 7 grudnia 1919 r.

Przy określaniu spraw wyborczych osób, znajdujących się na terytorjum dawnego zaboru rosyjskiego, należy uważać, iż obywatelami Państwa Polskiego są:

a) osoby, które urodziły się i zamieszkują na objętem spisem okręgów wyborczych terytorjum wszystkich trzech zaborów (patrz spis dołączony do ordynacji wyborczej, jako dodatek Nr. 1 Dziennik Praw Nr. 18 ex 1918),

b) urodzone poza granicami terytorjum, wskazanem w poprzednim punkcie, osoby narodowości polskiej,

c) kobiety cudzoziemki, które poślubiły obywateli polskich.

W Galicji i na Ślązku Cieszyńskim uważa się za obywateli Państwa Polskiego:

a) wszystkie osoby, mające według dotychczasowych przepisów prawo przynależności do jednej z gmin Galicji lub Ślązka Cieszyńskiego,

b) wszystkie osoby narodowości polskiej bez względu na miejsce przynależności, dawniejsze poddaństwo lub miejsce urodzenia.

W wypadkach, gdy zachodzi wątpliwość co do przynależności danej osoby do narodowości polskiej, Komisje mają prawo zażądać złożenia uroczystego oświadczenia w tym względzie.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Osobiste**. Stanowisko referenta do spraw dentystycznych przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego po d-rze Brenneizenie, który ustąpił, objął dentysta Juljan Biernacki. Nowy referent praktykę dentystyczną rozpoczął w Kaliszu, następnie przeniósł się do Warszawy, gdzie praktykuje przeszło lat dwadzieścia.

Kierownikiem Centralnego ambulatorjum dentystycznego Ujazdowskiego szpitala wojskowego w Warszawie mianowany został major lekarz-dentysta F. Mieszkis, b. referent dentystyczny Departamentu Sanitarnego Min. Spr. Wojsk., b. asystent d-ra Zwierzchowskiego, szefa tegoż Departamentu. Kierownikowi powyższego ambulatorjum, podlegają inne tutejsze ambulatorja wojskowo-dentystyczne.

Referentem dentystycznym przy Departamencie Sanitarnym Min. Spr. Wojsk. mianowany został dr. Wł. Ostaszewski.

Dentystą miejskiego szkolnego ambulatorjum dentystycznego dla dzieci (istniejącego w d. Instytucie Lenvala przy ul. Litewskiej) i 2-go Państwowego żeńskiego gimnazjum mianowany został kol. Jan Kanty Drac.

Dentystą tramwajów miejskich mianowany został kol. Henryk Lubodziecki.

Na stanowisko dyrektora Państwowego Instytutu dentystycznego mianowany został dr. Alfred Meissner, dotychczasowy zastępca dyrektora.

Ze stanowiska dyrektora powyższej uczelni zgodnie z pragmatyką oficerską ustąpił dr. Zwierzchowski, gen. ppor.

Katedrę stanatologji, ostatnio ustaloną na wszechnicy warszawskiej, objął dr. Alfred Meissner, zastępujący profesora.

Stanowisko lekarki-dentystki przy Ambulatorjum dentystycznem dla pracowników miejskich objęła kol. Janina Trzcińska.

Do Warszawy wkrótce przybywa z Piotrogrodu rodak nasz, znany lekarz-dentysta i działacz na polu dentystycznem, Dobkowicz. Kol. D. ma zapoznać nas z działalnością dentystów-polaków w Rosji.

= **Zmarli.** W październiku r. ub. w drodze powrotnej z Ameryki do Niemiec, w jednym z portów francuskich, zmarł słynny lekarz-dentysta, powaga wszechświatowa **dr. Newell Jenkins**. Urodził się w r. 1840 w Fallmouth (Mass. St. Zjedn.), promowany w r. 1863 w Dental College w Baltimorze. W r. 1866 osiedlił się w Dreznie, gdzie zasłynął jako powaga i cieszył się ogromną wziętością. Największą zasługą Jenkinsa dla dentystyki jest wprowadzenie do plombowania zębów swojej emalji porcelanowej, która posiada szereg dodatnich własności, dzięki łatwemu sposobowi przygotowywania. Zmarły był członkiem honorowym wielu towarzystw dentystycznych.

W Zollikon (Szwajcarja) zmarł w w. lat 70 znana wszechświatowa powaga dentystyczna, **dr. Paul de Terra**. Ogłosił wiele prac naukowych, wśród których widoczne miejsce zajmują znane niemal we wszystkich językach dzieła: „Repetitorium der Zahnheilkunde“ (1894 i 1908), „Konversationsbuch für die zahnärztliche Praxis“ (w 4-ch językach, 1908), „Vademecum anatomicum“ i „Index stomatologicus“ (w trzech językach—wykaz literatury dentystycznej międzynarodowej (1913, nakł. G. Fischera w Jenie).

W Helsingforsie życie zakończył słynny profesor dentystyki **Avellan**, kierownik technicznego oddziału Instytutu dentystycznego tamtejszej wszechnicy. Zmarły pierwszy wprowadził celuloid do celów dentystycznych.

W Pradze czeskiej po krótkich cierpieniach zmarł prof. dentystyki, **dr. Edward Nessel**, badacz i autor wielu prac z dziedziny dentystyki. Znany był jako wszechświatowa powaga w dziedzinie naszej specjalności. Jako przyjaciel ś. p. d-ra Dzierżawskiego zamieszczał swe prace w d. *Przeglądzie Dentystycznym*.

W Heidelbergu zmarł słynny profesor **dr. Gotlieb Port**, dyrektor Instytutu dentystycznego w temże mieście. Ogłosił wiele prac i u nas referowane; z większych dzieł zasługują na zaznaczenie: „Index der deutschen zahnärztlichen Literatur und der zahnärztlichen Bibliographie“, „Lehrbuch der Zahnheilkunde“ (1915) i wraz z prof. Kaposi „Chirurgie der Mundhöhle“.

Dnia 17 kwietnia r. b. w Wiedniu zmarł słynny profesor dentystyki na wszechnicy wiedeńskiej, **dr. med. Juljusz Scheff**, jeden z najpoważniejszych przedstawicieli dentystyki, autor wielu prac naukowych i zasłużony profesor uniwersytetu. Prace jego przetłumaczone zostały niemal na wszystkie języki.

Zmarł w w. lat 63 twórca znieczulenia infiltracyjnego, **prof. dr. Otto Schleich**, znakomity lekarz berliński, autor wielu prac naukowych.

W Kopenhadze zmarł słynny profesor dentystyki, **dr. Karol Christensen**, autor wielu prac naukowych, wynalazca i twórca różnych metod w dziedzinie dentystyki praktycznej.

W Bazylei (Szwajcarja) zmarł doc. **dr. Preiswerk**, autor wielu prac i dzieł dentystycznych.

W Tokjo zmarł słynny chirurg japoński, **dr. Soesoema Sato**. Był on pierwszym japońskim studentem, który przez rząd wysłany został na studja do Niemiec. W r. 1875 po uzyskaniu promocji wrócił do swej ojczyzny i tu zajął poważne stanowisko w świecie lekarskim. Zmarły niemało przyczynił się do utworzenia racjonalnej dentystyki japońskiej i przyjmował czynny udział we wszelkich państwowych komisjach organizacyjnych. Dbał o bliski kontakt z całym światem naukowym.

Gdy przed 10 blisko laty wysłaliśmy do wszechnicy w Tokjo zeszyt okazowo-zamienny *Kroniki Dentystycznej*, otrzymaliśmy uprzejmy list w jęz. angielskim, podpisany właśnie przez Zmarłego, z prośbą o przysłanie pewnych roczników dla bibljoteki uniwersyteckiej. Spełniwszy prośbę profesora, dumni byliśmy, iż pismo nasze znajdzie się daleko od swej „podstawy wojennej“, gdzie walczyć musiało a i musi z wstecznictwem, pychą i zarozumiałością *swojskich* sui generis „powag“, dla których dentystyka „ojczysta“ bezwzględnie *ma być*

tylko... złotym cielcem, *Kronika* zaś jest solą w ich zaślepionych oczach.

List prof. Sato wraz z innemi dokumentami, pochodzącemi od różnych powag *zagranicznych* zdobi archiwum redakcji naszego pisma.

W Budapeszcie życie zakończył znany **prof. Józef Arkövy**, wszechświatowa powaga dentystyczna, autor wielu prac i dzieł naukowych w dziedzinie naszej specjalności.

W Lublinie zmarł na dur plamisty **lekarz-dentysta Markus Abciuk.** Słynął z rozgałęzionej praktyki i należał do ruchliwszych kolegów, interesując się bardzo sprawami zawodowemi.

W temże mieście zmarł **lekarz-dentysta Oskar Matecki** w w. lat 47. Praktykował czas dłuższy w Tomaszowie Lubelskim, następnie w Lublinie.

W Radomiu zmarł na dur plamisty **lekarz-dentysta Stanisław Lerner,** jeden z dzielniejszych praktyków.

= **Stowarzyszenie studentów Państwowego Instytutu Dentystycznego „Bratnia Pomoc"** zostało zawiązane (Marszałkowska 151). Jest to jedyna zorganizowana jednostka akademicka, działająca na terenie Instytutu Dentystycznego. W szeregu uchwał zebrań Stowarzyszenia między innemi zwrócono uwagę na:

1) sprawę niedostatecznej liczby wykwalifikowanych asystentów, 2) sprawę wolontarjuszek, 3) sprawę foteli i narzędzi, 4) sprawę ulg tramwajowych i sprawę egzaminów.

W sprawie dyplomów studenci zwrócili się do Rady profesorów z propozycją urządzenia kursów maturalnych. Zwrócono uwagę (delegatka III kursu), na ważną sprawę zajęć praktycznych z techniki protetycznej oraz zajęcia na klinice zachowawczej. Poruszono również sprawę szczupłości lokalu Instytutu, nie pozwalającej pomieścić wszystkich jego zakładów. Zajęcia w klinice zachowawczej podzielono na 3 grupy (III-cia od 5 do 8 w.). Uchwalono również zmniejszyć liczbę wolontarjuszek do minimum w sali operacyjnej, dając tem samem dostęp studentom, zmienić decyzję co do ilości narzędzi, pozostawiając sprawę tę samym studentom, którzy według możności sami zaopatrzą się w niezbędną ilość narzędzi w porozumieniu z kierownikiem kliniki. Wreszcie postanowiono zwrócić się do Rady profesorów z prośbą o poczynienie odpowiednich kroków u odnośnych władz miarodajnych celem uzyskania aprobaty na wykreślenie z pięciu grup zasadniczych dyplomowych egzaminów przedmiotów, wysłuchanych i zdanych w Instytucie.

Prezesem Stowarzyszenia jest stud. H. Orłowski, sekretarzem — M. Meloch.

= **„Koło Odontologiczne"** zostało utworzone przy żyd. Strzesze Akademickiej (Nowy Świat 21).

= **Doktorat dentystyki.** Rząd pruski latem r. 1919 wprowadził dla lekarzy-dentystów wyższy stopień naukowy — *doctor medicinae dentariae*.

Szczegółowe przepisy ogłoszone zostały w sprawozdaniu Urzędu Zdrowia („Mitteilungen des Gesundheitsamtes", nr. 17 z dnia 29 October r. 1919.

= **Praktyka felczerów.** Sejm Ustawodawczy uchwalił dn. 1 lipca 1921 r. Ustawę o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich;

ustawa ta ogłoszona została 28 lipca 1921 r. Minister Zdrowia Publ. w „Rozporządzeniu“ wykonawczym do wyżej wzmiankowanej ustawy z dn. 20 marca 1922 r., pomieszczonem w nr. 29 poz. 233 Dziennika Ust. Rzczp. Polskiej r. 1922 określił prawa wykonywania czynności felczerskich. Rozporządzenie to wykonawcze zawiera 23 art. Artykuły 6, 7, 8, 9 przewidują wyraźnie rodzaje czynności felczerów (pomoc w otruciu, utonięciu, uduszeniu, poraż. słonecznem, zmarznięciu, oparzeniu, ukąszeniu przez zwierzęta, krwotokach, ciężkich uszkodzeniach ciała, chorób zakaźnych, szczepienie ospy, tamowanie krwotoków, nastawianie zwichnięć, prowiz. nastawianie złamań, usuwanie ciał obcych, wypuszczenie moczu, odprowadzenie uwięźniętej przepukliny, przepłukiw. żołądka, wstrzykiwanie podskórne). Zabrania się natomiast wykonywania wszelkich zabiegów krwawych i t. d. Art. 10 wylicza narzędzia, któremi felczer ma prawo posługiwania się (nożyczki, penseta, sonda, cewnik, zgłębnik żołądkowy lancet do szczepienia, bańki, szpryca Prawaza, szpryca zwykła do ran).

Z powyższego „Rozporządzenia“ wynika, iż felczerom nie przysługuje prawo wyjmowania zębów, ani wykonywanie różnych zabiegów dentystycznych, jako to ma miejsce w niektórych razurach, zwłaszcza drugorzędnych zakładach felczerskich miejskich i prowincjonalnych, gdzie, jak nam często komunikują, uprawiana jest również technika dentystyczna. Sprawa ta z wielu względów wymaga pewnego omówienia. Wyjmowanie zębów, jak się zdaje, nie winno byłoby być zakazane zwłaszcza w tych miejscowościach, gdzie lekarze tych zabiegów nie wykonywują, jak również, gdzie brak stałej pomocy dentystycznej, lub, gdzie ta nie jest całkowita, t. j. tam, gdzie pewne dentystki z nieznanych nam powodów nie zajmują się wyjmowaniem zębów (takie specjalistki są), a same tego rodzaju pacjentów kierują właśnie do felczerów. Leczenie i plombowanie zębów oraz wykonywanie techniki dostawkowej, uprawiane przez niektórych felczerów (wprawdzle nielicznych), a nawet przez mieszaną kategorję tychże (t. j. będących i dentystami, a uprawiających *jednocześnie* felczerstwo), nie powinno być tolerowane. Przeciwnikami tego rodzaju „kojarzenia“ zawodów są, jak mieliśmy o tem osobiście się przekonać, solidniejsze jednostki — przedstawiciele zowodu felczerskiego. Związki zawodowe felczerów pragną same tę sprawę uregulować. Zrzeszenia dentystyczne więc we własnym interesie winny wejść z powyższemi instytucjami w pewien kontakt, a sprawa zostanie bezwzględnie pomyślnie rozwiązana.

Wobec sprzecznego wykonania przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego ustaw, uchwalonych przez Sejm Ustawodawczy, co jest niezgodnie z wyraźną treścią tych ustaw, zarządy zrzeszeń felczerskich miejscowych i zamiejscowych, wnieśli do prezesa ministrów Rzeczp. Polskiej i Sejmu Ustawodawczego *protest* odnośnie umotywowany, w którym stwierdzony został dokonany przez Min. Zdr. Publ. niedozwolony w żadnym państwie praworządnym silny wyłom od zasady wykonywania każdej ustawy przez ciało ustawodawcze uchwalonej, zgodnie z jej właściwą treścią i myślą. Złożony protest komentuje artykuły „Rozporządzenia,“ niezgodne z ustawą sejmową, i zaznacza iż „utrzymanie w mocy ograniczenia naraża zawód na straty materjalne, uchybia jego przedstawicielom i stawia ich całkowicie w roli parjasów wobec panów doktorów, od których byliby oni rzeczywiście w swej pracy wbrew Ustawie z dn. 1 lipca r. 1921 uzależnieni, a prawnie pod tym względem na rzecz innej warstwy

społecznej upośledzeni; to znów z kolei sprzeciwiałoby się kardynalnej zasadzie równości wszystkich wobec prawa, uświęconej w art. 96 naszej konstytucji."

= **Przypadki połknięcia dostawek** z **zębami sztucznemi** mnożą się zwłaszcza ostatnio. Wzmiankują o tem dosyć często pisma codzienne; również rejestrowane są przez Pogotowie ratunkowe, wzywane w celu udzielenia doraźnej pomocy. Pacjenci zwykle skierowywani są do szpitali w celu wykonania operacji wydobycia połkniętego obcego ciała. Wiadomo, iż tego rodzaju operacje należą do ciężkich i niebezpiecznych, a to ze względu na możność zranienia ostremi kantami większych naczyń krwionośnych. Wydobycie odłamanej dostawki nawet z głębi przełyku nie mniejsze przedstawia niebezpieczeństwo i wymaga nadzwyczajnej ostrożności i zręczności ze strony operatora. Przyznać należy, iż lekarze tutejszego Pogotowia ratunkowego pod tym względem mają już pewną wprawę, i pomoc, w tych przypadkach przez nich udzielana, często ma przebieg pomyślny. Nie mówimy, naturalnie, o ciężkich przypadkach, gdy nieznacznych rozmiarów dostawki, lub odłamki tychże, tkwią głęboko ew. przedostały się do dalszych dróg. W tych przypadkach, jak wiadomo, interwencja chirurga jest bezwzględnie konieczna.

W szpitalach i prywatnych klinikach tutejszych od czasu do czasu wykonywane są powyższego rodzaju operacje. Niejednokrotnie czytujemy o nich wiadomości w sprawozdaniach z posiedzeń T-wa Lekarskiego. O wielu natomiast przypadkach wcale nic nie wiemy.

Mając w planie opublikowanie w większym rozmiarze pracy, dotyczącej poruszonego w nagłówku tematu, a nader rzadko omawianego w literaturze lekarskiej i dentystycznej, skrzętnie gromadzimy wszelki w tej sprawie materjał. Dla dobra więc sprawy prosimy o dostarczanie nam wszelkich danych, dotyczących znanych każdemu z kolegów poszczególnych przypadków.

Czemuż w czasach ostatnich zdarza się więcej przypadków połknięcia dostawek, aniżeli to miało miejsce w okresie przedwojennym?

Ciężkie warunki ekonomiczne bezsprzecznie mają tu pewne znaczenie. Drożyzna materjałów dentystycznych (zębów, kauczuku, złota), podniesienie się w znacznym stopniu cen robót techniczno-dentystycznych, spowodowało to, iż wiele osób mniej zamożnych nolens-volens posiłkuje się połamanemi aparatami, nieraz nie nadającemi się do naprawy (wskutek znacznego zużycia). Aparaty takie, jak wiadomo, łatwo się łamią i wypadają, czy to podczas jedzenia lub głębokiego wdechu, w czasie ziewania, lub też podczas snu. Aparaty takie łatwo mogą utkwić w przełyku, dostają się nawet głębiej, zatrzymując się ostremi brzegami o ściany przewoda pokarmowego.

Małe, można powiedzieć, *maleńkie* dostawki, wykonywane przeważnie na skutek nalegania pacjentów przez niektórych dentystów, łatwo wypadające, lub też nienależycie przytwierdzane, często właśnie w powyższych warunkach łatwo wypadają. Że w danym przypadku winnym jest wykonawca, nie ulega wątpliwości. Lekkomyślne traktowanie sprawy i lekceważenie grożącego niebezpieczeństwa jest bezsprzecznie karygodne i w odnośnych wypadkach może się stać powodem do oskarżenia wykonawcy z punktu widzenia medycyny sądowej za partactwo

i przyczynienie się do ciężkiego uszkodzenia ciała lub gorszej ewentualności. I wiadomo, jakie konsekwencje z punktu widzenia prawa cywilnego wyniknąć mogą w razie wszczynania przez poszkodowanych spraw, popartych przez przedstawiciela prokuratury. Wychodząc z tego punktu założenia, niewolno nikomu kierować się naleganiami pacjentów, którym przedstawić należy cały obraz grożących konsekwencji.

Wiemy, jakie znaczne postępy w dziedzinie techniki protetycznej poczyniła dentystyka zwłaszcza w czasach ostatnich. Mamy tu na myśli roboty koronowe i mostkowe. Czy to chęć zyskania wielkiej praktyki, czy to słabe pojęcie o tych robotach, wszystko to przyczyniło się do rozwielmożniania się partactwa; w wyniku często spotykane są metalowe roboty, które dzięki „akuratnemu" wykonaniu w zupełności nadają się do muzeów. Poszczególne części słabo są złączone (zlutowane), nie przylegają, są zbyt cienkie, „masywne" zęby „lane" są dęte i t. d. i t.d.

Nic dziwnego, iż tego rodzaju „arcydzieła" odrywają się i łatwo mogą mimowoli przedostać się w różnych okolicznościach do przełyku. Źle obsadzone roboty takie przez łatwy dostęp śliny, wskutek czego cement ulega rozpuszczeniu, już w krótkim czasie rozluźniają się i w końcu obsuwają się i wypadają. Takie „arcydzieła" sztuki dentystycznej często są spotykane w praktyce. I nie w jednym przypadku Pogotowie ratunkowe miało z niemi właśnie do czynienia. O grożącem zaś niebezpieczeństwie ze strony tychże w przypadku połknięcia nie wiele mówić należy.

Wina „wykonawcy" w tych razach jest większa, aniżeli w powyższych przypadkach, bowiem tu ma miejsce zwykłe niedbalstwo, a już słaba ekspertyza sądowo-lekarska stwierdziłaby łatwo istotną przyczynę przestępstwa.

Wobec coraz częściej spotykanych przypadków połknięć dostawek, należałoby drogą publiczną ostrzedz publiczność naszą przed grożącem niebezpieczeństwem posiłkowania się nieodpowiedniemi aparatami złamanemi, lub wadliwie siedzącemi w ustach, jak również partackiemi i taniemi robotami „mostkowemi", arcydziełami przeróżnych krzykaczy, czychających na łatwowiernośc ludzką.

A uczynić to mogłyby nasze zrzeszenia zawodowe, które ze względu na aktualność sprawy i grożące niebezpieczeństwa winny bezwzględnie zabrać głos w tej sprawie. Spadanie koron z zębów wskutek wadliwego ich obsadzenia i połknięcie tychże również się zdarza. Aczkolwiek niebezpieczeństwo w tych przypadkach jest mniej groźne, zwłaszcza dla górnego odcinka przewodu pokarmowego, jednak ostremi swemi kantami wskutek często zdarzających się przedziurawień mogą one ranić odnośne zwężające się odcinki dróg pokarmowych, powodując trudno gojące się rany. Z tego względu luźno siedzące korony bezwzględnie winny być zdjęte i odpowiednio naprawione.

= **Nowe gatunki zębów sztucznych.** Wobec stałego rugowania platyny z przemysłu dentystycznego w handlu ukazują się coraz nowe gatunki zębów sztucznych, (wyrabianych przez solidne fabryki zębów sztucznych) z zaczepkami kompozycyjnemi (ze stopów różnych metali nieszlachetnych). Oto nowe zęby:

1) *„Aurora“* — z zaczepkami złotemi, 2) *„Parcus“* — pochewka zaczepek platynowa, 3) *„White-Pin“* — pochewka zaczepek platynowa, 4) *„Grafton“* — zaczepki z kompozycji, 5) *„Wisco“* — zaczepka długa niklowa, lutują się 16 — 18-kar. łącznem, 6) *„Gibraltar“* — zaczepki guziczkowe z niklu (De Trey), 7) *„Casco“* — zaczepki z kompozycji (Ash'a) 8) *„Eclipse“* — zaczepki guziczkowe z kompozycji (wyrób amerykański), 9) *„Elwe“* — z długiemi zaczepkami z białego metalu, nadają się do lutowania (Zahnfabrik S. Wilde, Wiesbaden), 10) *„Aurora“* — złoto-platerowane zaczepki, 300 różnych form i 25 barw (The International Tooth Co. Ltd, 20-to 30 Grafton House, Golden Square, London W. 1), 11) *„Liberation“* (wyrób francuski) z zaczepkami złotemi do robót kauczukowych (Caplain Saint-André Fils et Cie. Paris. Rue Portefoin 8 - 10 - 12), 12) *„Patlas“* z zaczepkami nieutleniającemi się, zawierającemi pallad (zob. poprz. firmę). 13) „Platma“ — ząb z długiemi zaczepkami w platynowem umocowaniu, nadający się do wszelkich celów; wyrabia znana fabryka zębów sztucznych: Zahnfabrik Wienand Söhne et Co, Sprendlingen—Frankfurt n. Menem; ząb prawnie zastrzeżony. Cena 1 szt. mk. 950.

O jakości wzmiankowanych zębów na razie nic ostatecznie powiedzieć nie można.

= **Pomoc dentystyczna**. Wydział Opieki społecznej Magistratu st. m. Warszawy przystąpił do zorganizowania pomocy dentystycznej dla dzieci zakładów dobroczynnych. Bliższych szczegółów nie mamy.

= **Dokumenty szkół rosyjskich.** Ministerstwo W. R. i O. P. w porozumieniu z M. S. Z. zawiadomiło rektoraty wszystkich zakładów wyższych w Polsce, że studenci, którzy pozostawili dokumenty w szkołach rosyjskich i pragną je odzyskać, mają na ręce swojej władzy akademickiej składać odpowiednie podania ostemplowane i kierowane do wydziałów konsularnych przy poselstwach polskich w Moskwie lub Charkowie, zależnie od miejsca, w którem znajduje się poszukiwany dokument. Władze akademickie winny przestrzegać, by podania i załączniki były należycie ostemplowane, ponieważ podania, od których nie uiszczono opłaty stemplowej, będą zwracane petentom bez załatwienia. Poselstwa będą przesyłały dokumenty odzyskane do M. S. Z., które zarządzi doręczenie dokumentów petentom za pokwitowaniem i po ściągnięciu ustanowionej taksy 100 mk. p. za każdy dokument.

Osoby, które posiadają dokumenty w szkołach rosyjskich, a nie są obecnie studentami szkół akademickich w Polsce, powinny zwracać się z podaniem bezpośrednio do M. S. Z. (Departament Konsularny w Warszawie). Departament Konsularny M. S. Z. pośredniczy również w odzyskaniu wszystkich innych dokumentów, jak akty stanu cywilnego, akty sądowe, notarjalne, papiery wartościowe i t. p.

= **Społeczna pomoc dentystyczna.** Z nadesłanego nam przez *T-wo zwalczania gruźlicy „Brius“* w Siedlcach wynika, iż w liczbie różnych specjalności lekarskich w istniejącem przy T-wie ambulatorjum dentystycznem (bezpłatem) od 15. II. do 31. III. r. 1922 udzielono *porad 199; dni przyjęć było 35, założono plomb 14, wyjęto zębów 33.* Ogólnej pomocy lekarskiej udzielają dr. Szawelski i dr. Żegota, *pomocy dentystycznej* —

lek.-dent. T. Kaczko. Zgłaszający się chorzy z miejscowej apteki otrzymują również bezpłatnie lekarstwa.

= **W sprawie Organizacji bezpłatnej pomocy dentystyzznej dla ubogich dzieci stoł. m. Warszawy.** Wobec braku środków materjalnych oraz niemożności uzyskania od Magistratu odpowiedniego pomieszczenia pomimo usilnych starań Komitet wykonawczy zmuszony był czasowo zawiesić czynności ambulatorjum dentystycznego (które istniało przy ulicy Zgoda 1).

= **Nowa plaga oszukańcza.** Ostatnio w pismach codziennych ponownie zaczęły się ukazywać reklamy przeróżnych aferzystów, liczących na nieświadomość szerszego ogółu czytelników. Mamy znowu w reklamach—bez różnicy stanu i wyznania — oszukańczo-blagierskie „*obietnice*" o „reparacjach na poczekaniu", wykonywaniu „obstalunków" (?!) dla przyjezdnych w ciągu dnia, o sztucznych zębach po 600 mk., o koronach złotych po 2000 mk., o koronach z amerykańskiego złota (zwykłe oszustwo!) po 1300 mk., o zębach sztucznych „akurat jak naturalne" (*mente captus*) i inne cacanki.

Sprawa oszukańczo-bałamutnych reklam, ukazujących się *zwłaszcza* w nieudolnej redakcji niektórych techników, uprawiających dentystykę w całej rozciągłości, jako tako została uregulowana w ostatnich latach przed wybuchem wojny; co więcej—b. władze rosyjskie na skutek ciągłych nawoływań prasy zawodowej i zrzeszeń dentystycznych miała je ostatecznie rozwiązać w drodze prawnej: w ogłoszeniach dentystów miało być dozwolone podawanie tylko imienia, nazwiska, adresu i innych niezbędnych informacji. Na skutek wystąpienia b. Urzędu lekarskiego w Warszawie sprawa znalazła się w celu ostatecznego zatwierdzenia w lekarskim urzędzie centralnym w Petersburgu.

W okresie ogólnego chaosu wojennego sprawa nieuczciwych reklam naszych podwórzowych krzykaczy dentystycznych poszła na inne tory. Okupantów, rzecz prosta, sprawa ta nie interesowała. To też nic dziwnego, iż w owym okresie bałamutne reklamy w najrozmaitszej postaci ukazywały się w nie mniejszej ilości, aniżeli wszelkie „Bekanntmachungi" i „Verordnungi" samych okupantów. Obydwie kategorje wieleobiecujących „zapowiedzi" nęciły naiwne sfery naszego społeczeństwa.

Gdy naszem zdrowiem zaopiekowało się powołane do życia w Polsce Ministerstwo Zdrowia Publicznego, w którem to jako samowładca urzędować zaczął specjalny referent do spraw dentystycznych, zdawało się, iż wśród wielu różnych naszych spraw zawodowych dobrze znana od dawna bolączka — sprawa oszukańczych reklam krzykaczy wszelkiego gatunku zostanie ostatecznie uregulowana w drodze prawnej, o co po tak długiem doświadczeniu wszak nie było trudno.

Cóż się okazuje? Oszukańcze (nie mówimy już o *nieetycznych*) kzyki od chwili utworzenia referenta do spraw dentystycznych w Ministerstwie Zdrowia Publ. są hałaśliwsze, aniżeli dawniej.

Rozpowszechniane są wieści, iż dawny referent w celu spotęgowania powagi grupki rzekomych swojskich stamatologów przez tolerowanie blagierskich reklam handelesów dentystycznych dążył do obniżania wartości ogółu przedstawicieli zawodu dentystycznego.

Ogół zawodowców nad tym pomysłowym systemem „poprawienia“ normalnych stosunków nie winien przejść do porządku dziennego.

Nie można zezwolić na obniżanie godności tegoż ogółu, a to dzięki nieuczciwym i hałaśliwym krzykom pojedynczych kretynów, tworzących u nas dobrze już naną hołotkę o różnych stopniach „naukowych“.

Najliczniejszy w Polsce Związek lekarzy-dentystów, liczący oddziały w większych środowiskach Państwa, dla swych członków opracował obszerne przepisy, regulujące sprawę reklam i szyldów.

Przepisy te są wzorowo opracowane i do nich ostatecznie stosuje się podobno już kilkuset praktyków miejscowych i zamiejscowych.

Związek winien w imię dobra *ogółu* praktyków owe przepisy skierować w celu uprawnienia do Ministerstwa Spraw Wewnętrz., zaznaczając krzywdę bałamutnych reklam handlarskich dla społeczeństwa i dziwne obojętne tolerowanie przez czynniki miarodajne. Gdyby ta interwencja nie odniosła skutku, sprawę dla nas nader ważną należy skierować za pośrednictwem posłów do Sejmu.

Owi zaś twórcy *odrębnej* dentystyki polskiej, którzy ośmieszają siebie na całym świecie (niektóre pisma zagraniczne zawodowe już zwróciły uwagę), kierujący się odrębnemi poglądami na organizację *towarzystw naukowych*, niech nadal się trzymają zdala od naszyzh spraw zawodowych i składają w dalszym ciągu hołdy owym rzekomym potentatom, depczącym ich przy każdej nadającej się sposobności.

Czas swoje pokaże...

— **Egzaminy dla techników dentystycznych** zostały 7 marca r. 1919 zaprowadzone w Hessen, za tym przykładem poszła w ślad prowincja Baden; obecnie są w przededniu wprowadzenia egzaminu Turyngja, Brunświk, Würtenbergja, Bawarja i Saksonja (Z-ft. f. Zahnersatrzkunde I r. 1921). *Z-ft.*

— **Odpowiedzialność karna za używanie nieszlachetnych metali w jamie ustnej.** W ostatnich czasach rozpowszechnione są różne metale nieszlachetne, jak „randolf“, „wiktorja“, „aluminiumbronz“, „platinin“, „reingold“, t. zw. złoto amerykańskie i inne. Używane one są, szczególnie pierwszy metal, do sporządzania koron, mostków, płytek do licówek Steela i t. d. Niektórzy dentyści, przeważnie zaś technicy dentystyczni, bynajmniej nie trzymają w tajemnicy faktu, iż stosują np. randolf na szerszą skalę ze względu na jego przystępne ceny. Roboty tego rodzaju dosyć często spotykamy w praktyce.

Kto ma względne pojęcie o własnościach powyższych nieszlachetnych metali, ten doskonale rozumie, iż z wielu względów używanie ich jest szkodliwe dla pacjenta, zwłaszcza o zaniedbanych jamach ustnych, gdzie w obecności siarkanów powstaje szereg związków, znacznie zmieniających skład śliny, która w przewodzie pokarmowym powoduje w obecności różnych wydzielin wewnętrznych różnego rodzaju zaburzenia; te, rzecz prosta, przechodzą nieraz niepostrzeżenie, jednak wpływają ujemnie na stan zdrowia pacjenta, wywołując choroby, których rozpoznanie nieraz nie jest łatwe. Rzecz prosta, miejscowe zmiany w jamie ustnej, powstające na skutek koron i mostów (nieraz dosyć sporych), mogą być również bardzo poważne (przewlekłe zapalenie dziąseł i ozębnej, zniszczenie częściowe lub całkowite wiązadła okrężnego i t. d.).

Nienormalne uczucie smaku jest dosyć częstym objawem, towarzyszącym tego rodzaju koronowanym zębom i mostkom, całkowicie wykonanym z randolfu lub innego amerykańskiego złota, „zupełnie podobnego do prawdziwego“.

Nie mówimy o nieetycznem postępowaniu nie szanujących się dentystów, pracujących w imię hasła „aby handel szedł“; wobec tego jednak, iż sprawa ta nosi pewne cechy ogólno-społeczne, bowiem w grę wchodzi szkodliwe i świadome działanie na zdrowie szerszego ogółu społeczeństwa, zwłaszcza sfer średnich i niższych, czynniki miarodajne winny przedsiewziąć energiczne środki celem zwalczenia szkodliwego partactwa dentystycznego, czyniącego znaczne postępy szczególnie na prowincji. Należy bezwzględnie uświadomić nasze społeczeństwo drogą prasy codziennej o szkodliwości powyższego rodzaju błyszczydeł w jamie ustnej i grożących zaburzeniach na skutek uprawianego partactwa przez nieuczciwych spekulantów, czychających na łatwierność prostaczków, pragnących posiadać „złocone“ zęby. Sprawy, które wkrótce mają być rozpatrywane w sądach tutejszych, bezwzględnie winny zakończyć się wymierzaniem najwyższych kar, bowiem w grę tu wchodzi zdrowie społeczne. Dawna Ustawa Lekarska (Zbiór praw i postanowień Ces. Ros. t. XIII), która dotychczas u nas z nieznacznemi zmianami obowiązuje, wyraźnle zabrania używania wszelkich nieszlachetnych metali dla celów dentystycznych (zob. art. 103, uwaga 2, zgodnie z którym używane może być wyłącznie złoto nie niżej 72 próby, a srebro nie niżej 84-ej). Uchybienie powyższemu artykułowi surowo jest karane na mocy odnośnych artykułów Kodeksu Karnego (ciężkie uszkodzenie ciała, usiłowania otrucia).

Mamy dzięki Bogu Ministerstwo Zdrowia Publicznego ze specjalnym referentem do spraw dentystycznych, mamy tyle zrzeszeń dentystycznych, jak nigdzie w świecie (nawet z podziałem podług wyznania); czyżby instytucjom tym nie były znane fakty coraz bardziej rozpowszechniającego się partactwa z metalami nieszlachetnemi dla celów dentystycznych?

Należy bezwarunkowo uświadomić szerszy ogół społeczeństwa o grożącej szkodliwości tanich błyszczydeł, przeróżnym zaś partaczom (ze wstydem dla zawodu!) przypomnieć należałoby, iż istnieją pewne artykuły Kodeksu Karnego, przewidujące ciężkie więzienie a nawet pozbawienie prawa praktyki.

Tolerując swe partactwo, tem samem popieramy je.

= **100-letni jubileusz Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 1820—1921**. W dniu 6 XII r. 1921 Warsz. T-wo Lekarskie obchodziło stuletni jubileusz swego istnienia. 5-go XII o godz. 8½ odbyło się zebranie towarzyskie w lokalu Stowarzyszenia lekarzy polskich (Widok 23). Dn. 6-go XII o g. 10 odb. się msza święta w kościele św. Krzyża, zaś o godz. 11-ej posiedz. uroczyste w sali T-wa Naukowego Warszawskiego (b. Pałac Staszica). Po przemówieniach delegatów i ogłoszeniu nazwisk nowowybranych członków honorowych T-wa prezes tegoż, dr. Zdzisław Dmochowski, wygłosił ref. p. t. „Rzut oka na działalność Warsz. T-wa Lekarskiego w ciągu stu lat istnienia“.

Na posiedz., odb. w sali T-wa Lekarskiego (Niecała 7), sekretarz stały Warsz. T. Lek., prof. Alfred Sokołowski, wygłosił ref. p. t. „Wybitni członkowie Warsz. T-wa Lekarskiego w ciągu stulecia,“ zaś członek honorowy, dr. Józef Pawiński — „Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile życiowej“. O g. $8^1/_2$ odb. się zebranie towarzyskie.

Czcigodnej i zasłużonej Instytucji redakcja składa życzenia dalszej owocnej pracy dla dobra Ojczyzny.

= **Odznaczenie.** Został odznaczony w korpusie oficerów sanitarnych W. P. *Krzyżem walecznych* lekarz-dentysta Kazimierz Szapocznikow.

= **Pomoc dentystyczna w Korpusach kadetów**. Zgodnie z „Instrukcją o wychowaniu fizycznem w Korpusie kadetów,“ wyd. przez Min. Zdrowia Publ., 1 dentysta przewidziany jest na 300 uczniów. Specjalne instrukcje dla lekarza (1 na 300 uczn.) i dentysty Korpusu kadetów prócz zwykłych zajęć nakładają na nich obowiązek szerzenia wiedzy hygjenicznej w zakresię swych specjalności w formie pogadanek i odczytów (podł. czasop. „Wychowanie Fizyczne“ 7 — 9 — 1921 r.).

= **Lista starszeństwa**. Ogłoszono świeżo listę starszeństwa oficerów zawodowych korpusu sanitarnego wojsk polskich. III grupa obejmuje *dentystów:* a) *podpułkownicy* — Kranz M., b) *majorowie* — Rutkowski W., Niedzielewski St., Pożaryski M., Beno St., Szapoczników Kaz., Schoenborn Wł., Mieszkis St., Janczura Zygm.; c) *kapitanowie* — Lipski J., Iwanowski Cz., Jordański W.; d) *porucznicy* — Sapiejewski J. T., Karnibad T., Grossman H., e) *podporucznicy* — Brzeziński F. Razem osób 15 lekarzy dentystów.

= **Rozporządzenie.** Zabrania się lekarzom i dentystom wojskowym przyjmowania pacjentów prywatnych w obrębie szpitali wojskowych i wogóle zakładów sanitarnych wojskowych. Ogłaszanie się lekarzy i dentystów wojsk., zajmujących się praktyką prywatną zawodową, nie może nosić cech reklamy. W ogłoszeniu takiem powinno być umieszczone tylko imię i nazwisko lekarza (bez wymienienia stopnia wojskowego, ani przynależności do wojska), adres prywatny, specjalność i godziny przyjęć: (Dziennik Rozkazów Nr. 2/22).

= **Nowa taksa**. Za przewód nostryfikacyjny zagranicznego dyplomu dentystycznego Ministerstwo Oświecenia Publ. wyznaczyło ostatnio taksę w wysokości 50,000 mk. Taksa poprzednia, ogłoszona w rozporządzeniu Minist. z dnia 18 IV r. ub. wynosiła 5000 marek (Rzeczpospol. 344, 16 XII 1921 r. w wiecz.).

= **Godło dla wojskowych lekarzy-dentystów**. W myśl rozkazu Ministra Spraw Wojskowych poz. 779 Dziennika Rozkazów l. 36 ustalone zostało godło dla lekarzy-dentystów w armji polskiej. Należy je nosić na kołnierzu ukośnie w przednim dolnym rogu.

= **Uczczenie ustępującego profesora**. Celem uczczenia prof. dra generała Franciszka Zwierzchowskiego asystenci jego katedry w Państwowym Instytucie dentystycznym złożyli na cegiełkę Wawelską mk. 30.000 (Kurjer Warszawski 178, z dnia 27 czerwca r. 1922 w wiecz.).

= **Zebranie lekarzy-dentystów Stanów Zjednoczonych Ameryki Półn.** ostatnio odbyło się Milwaukee. W zebraniu — National Dental Association — przyjmowało udział przeszło 4000 lekarzy-dentystów. Dążenia do specjalizacji jaskrawo wystąpiły na pierwszym planie; utworzono różne działy dentystyki, między innemi dział radjografji (rentgenologji). Wśród poruszonych tematów zwrócono szczególną uwagę na „zakażenie ustne" (oral sepsis), uważane jako bezwzględny wynik uśmiercenia miazgi zębowej.

Nader ważnem zdarzeniem było wystąpienie generała Irelanda, naczelnego lekarza sztabowego armji Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Omówił on sprawę obecnego stanu korpusu dentystycznego armji, o którym wyraził się nader pochlebnie. Zapowiedział dalej, iż w najbliższym czasie powstanie w Waszyngtonie *Wojskowa akademja dentystyczna*, a w innych miastach głównych utworzone będą *Szkoły korpusowe dentystyczne*, które rocznie kształcić będą blizko 800 oficerów-dentystów dla armji (Z. R. 6 — 1922).

= **Hygjena szkolna w Anglji.** „Medecine Scolaire" podaje, iż w r. 1921 w Anglji nad 6 miljonami dzieci, uczęszczającemi do 21,000 szkół publicznych, roztaczało dozór hygjeniczno lekarski 1300 lekarzy szkolnych, po za tem 500 specjalistów, *200 dentystów*, 1700 hygjenistek szkolnych. Dla dziatwy szkolnej urządzono 580 klinik szkolnych, gdzie udzielano porad lekarskich. Służba hygjeniczno-lekarska nad szkołami w Anglji na wzór Ameryki koncentruje się w Departamencie Hygjeny szkolnej Ministerjum Oświecenia (podł. ref. „Wychowanie fizyczne" 5 — 8 1921 r.).

= **Związek lekarzy okrąg Małopolski i Ślązki w Krakowie** (Radziwiłowska 4). Komisja, wybrana z łona Wydziału, na życzenie członków opracowała cennik za czynności lekarskie dla lekarzy (również dentystów) z wolnego wyboru jakoteż dla lekarzy, opłacanych przez Kasy Chorych ryczałtowo, o ile ci ostatni ordynują poza ambulatorjum kasowem. Związek lekarzy dążył zatem wzorem Wielkopolski do wprowadzenia wolnego wyboru lekarza we wszystkich Kasach Chorych Małopolski, bowiem te, wynagradzając lekarzy ryczałtowo, przyczyniają się do socjalizacji stanu lekarskiego, a tem samem do jego proletaryzacji. Przez wolny wybór lekarza należy rozumieć zasięganie porady lekarskiej przez członków Kas Chorych u tych lekarzy, którzy zobowiązali się w pewnej miejscowości do leczenia członków Kasy według cennika. Członkowie Kasy zwracają się do lekarza podług wyboru i który widnieje na liście Kasy Corych. Tam, gdzie już istnieją Kasy Chorych, opłacające lekarzy ryczałtowo, lekarze obowiązani są do leczenia członków wyłącznie ambulatoryjnego za umówiony ryczałt. Za wszelkie czynności poza ambulatorjum żądać należy wynagrodzenia według cennika. Minimum płacy za godz. pracy w ambulatorjum wynosi mk. 30,000; tamże, gdzie ambulatorjum niema, i lekarz musi przyjmować członków Kasy u siebie w domu, ustala się miesięcznie wynagrodzenie za zużycie mieszkania, urządzenia, za usługę, światło i opał mk. 6000. Do zasadniczej płacy należy doliczyć 80% jako dodatek drożyzniany. Od 2-go roku służby do 5-go włącznie lekarz ma prawo do trzytygodniowego urlopu, od 6-go wzwyż — do 4 tygodniowego. Posada jest stała po roku. Przy Związku czynna jest Kasa Pogrzebowa, tylko dla członków. Składka w każdym wypadku śmierci wynosi mk. 1200. Premja pogrzebowa wynosi 500,000 mk.

═ **Nostryfikacja dyplomów zagranicznych**. Wszystkie dyplomy zagraniczne podlegają bezwzględnej nostryfikacji, o ile nie były upaństwowione przez państwa zaborcze, mianowicie: Wszystkie dyplomy, wydane przez uniwersytety rosyjskie przed 27 listopada 1917 roku, dają prawo praktyki w Państwie Polskiem bez nostryfikacji, w państwie niemieckiem — wszystkie dyplomy, wydane przed 27 grudnia 1918 roku, a w państwie austrjackiem — wszystkie dyplomy, wydane przed 1 listopada 1918 roku. Oprócz tego od każdego lekarza wymagany jest dowód obywatelstwa polskiego, ewentualnie — dowód złożenia podania o obywatelstwo polskie; w ostatnim wypadku lekarz otrzymuje tymczasowe pozwolenie na wykonywanie praktyki.

Lekarze-dentyści, posiadający dyplomy zagraniczne, również obowiązani są dyplom taki nostryfikować z wyjątkiem tych, którzy posiadają: dyplomy rosyjskich uniwersytetów, wydane przed 6 listopada 1916 roku, dyplomy uniwersytetów niemieckich, wadane przed 27 grudnia 1918 roku i dyplomy uniwersytetów austrjackich, wydane przed 1 listopada 1918 roku. Posiadanie obywatelstwa polskiego obowiązuje również dentystów i lekarzy-dentystów.

═ **Hojna fundacja.** Georg Lastman i Jehn Rockfeller złożyli na rzecz wszechnicy w Rochester 10 miljonów f. angielskich celem założenia szkoły lekarskiej i dentystycznej jak również zorganizowanie polikliniki dentystycznej (Zche Rund. 7 r. 1921 r. XXX).

═ **Liczba zarejestrowanych lekarzy dentystów w Anglji** w r. 1922 wynosi 5831 (o 277 więcej, aniżeli w poprzednim roku); liczba studjujących zmniejszyła się w stosunku do poprzedniego roku. Rejestr *lekarzy* wykazuje 45,608 nazwisk; 1760 więcej, aniżeli w roku poprzednim (Zche Rund. 22 r. 1922).

═ **„Liphagol„** — pasta do zębów, rozpuszczająca kamień nazębny: zawiera naturalną sól karlsbadską; działa dodatnio przy ropocieku zębodołowym, stomatitis, gingivitis i jako środek czyszczący zęby. Fabrykant: Chemisches Laboratorium Co-Li Dresdent, Johannesstr. 23.

═ **Zmiana właściciela.** Słynna amerykańska firma dentystyczna w Berlinie S. S. White Dental Manufacturing Co (Mauerstr. 83, 84) przeszła na własność firmy Ubert, Riefenstal i Co.

═ **Egzamin państwowy dla techników dentystycznych w Berlinie.** Podług sprawozdania „Zuhtechnische Wochenschrift" w Berlinie całkowicie wytrzymało egzamin 343 techników dentystycznych.

═ **Szkolną klinikę dentystyczną** otwarto w Curitybie, kolonji polskiej w Brazylji.

═ **Dentystyka fabryczna.** Wielka angielska fabryka czekolady Cadbery w Bourneville urządziła w r. 1905 klinikę dentystyczną dla swych pracowników. Od małego zapoczątkowania klinika wyrosła na wielką instytucję, mającą poważne znaczenie społeczne. Przedewszystkiem robotnicy, wstępujący do fabryki, muszą poddać swe zęby oględzinom dentystycznym. Każdy robotnik niżej 21 lat musi regularnie w pewnych odstępach czasu poddawać swe zęby oględzinom dentystycznym.

Leczenie jest bezpłatne, jak również oględziny, wyjmowanie, plombowanie i wprawianie zębów; pacjent jednak płaci za materjał do wprawiania zębów. Szczotki i proszki do zębów wydawane są bezpłatnie przez zarząd fabryki.

W roku 1905 przeprowadzono oględziny zębów u 150 robotników, w r. 1918 — u 1750. Jak konieczna była pomoc dentystyczna, wskazuje fakt, iż w ciągu 6 miesięcy wymaga interwencji dentystycznej 65 robotników na 100. Klinika zatrudnia 2 lekarzy-dentystów i 4 pomocnice (Zche Rund. 2. 1921).

= **„Crystalith“** — nowy syntetyczny cement krzemowy. Wyrabia: Zahnfabrik Germania, Bad Nauheim.

= **Popularyzacja hygieny zębów i jamy ustnej.** Każdy przyzna, iż nie możemy się zbyt szczycić obfitością prac popularnych z dziedziny hygieny zębów. Mamy na myśli nie tylko odnośnej treści broszurki popularne, lecz oddzielne prace w pismach perjodycznych. Brak ten nie jest bynajmniej nowoczesny; znany jest od dawna, niemal od czasu powstania specjalności dentystycznej w naszym kraju. Zmarły niedawno kol. Władysław Zieliński, patrjarcha dentystów w Polsce, od czasu do czasu występował jako popularyzator hygieny zębów wśród najszerszych warstw ludności, zamieszczając prace z tej dziedziny w różnych czasopismach i wydając własnym nakładem specjalne dziełka. Ten prawdziwy patrjota polski zrozumiał, iż dla spopularyzowania dentystyki wśród sze okich sfer naszej ludności między różnemi drogami bezwzględnie drukowane słowo ma pierwszorzędne znaczenie. To też jego przystępne wydawnictwa spotykaliśmy wszędzie, bowiem społeczeństwo bardzo interesowało się popularnemi wydawnictwami, więcej może, aniżeli świat dentystyczny, wśród którego krytycy z amatorstwa zawsze usiłowali niedołężnie zmniejszyć wartość podejmowanej dla dobra społeczeństwa pracy. Pomimo niedołężnej krytyki, wydawnictwa kol. Ziel. szybko rozchodziły się w znacznym nakładzie, a były nawet poszukiwane, zaś wydawca, nie szczędząc środków materjalnych, był dumny ze swego obywatelskiego czynu.

Dziełka ś. p. Zielińskiego zasługiwały na zaznaczenie z tego względu, iż przepojone były naszą swojskością i uwzględniały wymagania szerokich sfer społeczeństwa.

Okres za okresem mijał. Pomimo znacznego wzrostu liczby dentystów o różnych stopniach naukowych (niższych i wyższych), wśród których mieliśmy sporo „patrjotów“ zamożnych, ś. p. Zieliński prócz „krytyków“ naśladowców nie miał. A działo się to z wielką krzywdą dla społeczeństwa polskiego właśnie w okresie ciężkiej niewoli, kiedy każde drukowane słowo polskie podtrzymywało ducha niegasnącej polskości.

O stosunkowo niedawno wydanym obszerniejszem dziełku prof. Cieszyńskiego ze Lwowa, traktującem o hygienie zębów, można powiedzieć to, iż planem swoim i sposobem traktowania sprawy nie odpowiada wymaganiom *szerszych* sfer ludności.

Nie bez pewnego znaczenia zasługuje na wzmiankę przedsięwzięte znacznym nakładem materjalnym i żmudnej pracy usiłowania kol. A. Freid-

kina wydania wzorem innych krajów kulturalnych tablicy ilustrowanej, mającej na celu szersze spopularyzowanie dentystyki. Popularne tego rodzaju tablice za granicą spotykać można we wszystkich ochronach, szkołach, komendach wojskowych, wszędzie, gdzie ma się do czynienia z większem gromadzeniem ludzi różnej kategorji, stanu i wieku. Wyniki tego rodzaju racjonalnej propagandy zauważyć można na każdym kroku; zjawisko to uwydatnione jest zwłaszcza w Niemczech, gdzie sposób ten propagowania hygieny zębów najbardziej jest rozpowszechniony i gdzie jest wielu pracowników w tej dziedzinie, również chętnych nakładców. Poglądowe tablice niemieckie o najróżnorodniejszej treści i w różnych językach znane są na całym świecie.

Tablica kol. Freidkina wystawiona była na różnych wystawach hygienicznych u nas. Jak można było się przekonać, wzbudzała wielkie zainteresowanie wśród publiczności. A jednak chętnego nakładcy nie znalazła. Tablica więc z musu wisi nadal na kołku, prawdopodobnie do czasu, póki twórca jej nie wygra kilku miljonówek.

Nie można ominąć milczeniem faktu obywatelskiego popierania idei propagowania racjonalnej hygieny zębów i jamy ustnej przez te instytucje, które na swym sztandarze wyryte mają tak szumnie brzmiące frazesy, jak nprz. *walka z chorobami zębów jako chorobą społeczną i t. d.* Do kategorji tych, niby istotnych placówek propagandowych, z wialu względów zaliczyć należy nasze zrzeszenia zawodowo-dentystyczne, dla których sprawa ta zwłaszcza w obecnych czasach znacznego rozpowszechniania się chorób zębów nie może być tak obojętna, jak istotnie rzecz się przedstawia. Wśród różnorodnego rodzaju członków dosyć licznych tych zrzeszeń mamy sporo ludzi zamożnych, umiejących w pewnych przypadkach gorąco rozprawiać o swym patrjotyzmie nad patrjotyzmami, o swych zasługach dla dentystyki polskiej.

Zwrócimy tu tylko uwagę, iż nie jest ani sztuką, ani zbytnią zasługą, by dla pewnych celów, nic wspólnego nie mających *z propagandą hygieny zębów*, korzystać dzięki poparciu ze środków skarbu Państwu, znajdującego się w ciężkich warunkach finansowych. Prywatnym wydawnictwom (ściśle) niewolno korzystać z tego rodzaju „poparcia", bowiem w grę tu bynajmniej nie wchodzi interes *szerokiej masy społeczeństwa w ścisłem znaczeniu słowa.* Interes tej właśnie masy wymaga, by grosz publiczny miał na względzie *jedynie* szerszą i właściwą propagandę w *pewnym* tylko kierunku.

Tu chcielibyśmy wskazać na drogę, na którą pokierować by należało wszelkie środki materjalne, pochodzące nie z prywatnego źródła, mianowicie na cele racjonalnej popularyzacji hygieny zębów i walki z próchnicą zębów wśród szerszych sfer społeczeństwa. Do tych środków należałoby włączyć *dwa* fundusze (jeden wydawniczy im. ś. p. dra Dzierżawskiego, twórcy polskiego piśmiennictwa dentystycznego, drugi z czasów przed wojny). Obydwa fundusze wydawnicze gdzieś tkwią bezużytecznie, i niewiadomo, jak długo spoczynek ten potrwa.

Wobec tego, iż pchający się do różnych sterów kierowniczych, jak sądzić należy i jak często bywa, pomimo samoreklamowania niezbyt wiele uczynić zdołają (dotychczasowe ich czyny potwierdzają fakty), to, czy nie należałoby ogłosić wzorem istniejącego zwyczaju odnośneego

konkursu? Że znaleźliby się chętni do pracy, o tem nie należy wątpić; jeżeli nie z pośród potentatów, to może z pośród maluczkich. Inicjatywa przedewszystkiem jest konieczna.

Jeżeli nadal nasza ociężałość i obojętność trwać bedą, to nie ulega wątpliwości, iż opinja publiczna o przedstawicielach naszego zawodu własny wyrok wyda.

Wobec braku popularnych prac z dziedziny hygieny zębów i jamy ustnej, odgrywających pewną rolę w walce z rozpowszechniającemi się chorobami narządu zębowego i odpowiadających naszym warunkom i współczesnemu rozwojowi tej dziedziny wiedzy lekarskiej, należy każdą sporadycznie ukazującą się w prasie perjodycznej z omawianej wyżej dziedziny pracę powitać z pewnem uznaniem dla autora. Ta droga propagandy bezwzględnie również ma ważne znaczenie uświadamiające.

Należy tu wzmiankować o dosyć obszernej pracy popularnej z dziedziny hygieny zębów i jamy ustnej, zamieszczonej przez dra Ludwika Grabczaka w „Głosie narodu“, wychodzącym w Krakowie (w 2 n-rach). Autor nader przystępnie i zwężle omówił sprawę próchnicy zębowej, jej szkodliwego wpływu dla ustroju (powstawanie różnych chorób miejscowych i ogólnych) i t. d. W *drugiej* części swej pracy dr. Grabczak omówił walkę z próchnicą zębów wśród dzieci szkolnych i praktyczną organizację tejże. Zwrócił uwagę na próchnicę zębów jako na klęskę ogólną wszystkich narodów kulturalnych i sposoby urzeczywistnienia podjętej walki z próchnicą drogą tworzenia ambulatorjów dentystycznych szkolnych, powstających w liczbie coraz większej we wszystkich państwach cywilizowanych.

Pożądanem byłoby, aby prac tego rodzaju ukazywało się w prasie częściej jaknajwięcej, co tylko przyczynić się może do szerszego spopularyzowania hygieny zębów i jamy ustnej i przyczyni się bezwzględnie do zwalczania przeróżnych przesądów, dotyczących traktowania chorób zębów.

═ **„Karta dentystyczna“** wydana została nakładem T-wa akcyjnego „Uranja“ w Warszawie. Karta w układzie niewiadomego autora przeznaczona jest do celów oględzin jamy ustnej wychowańców średnich zakładów naukowych. Obejmuje nast. rubryki: 1) Szkoła, adres szkoły, 2) imię i nazwisko szkoły, klasa, 3) data urodzenia, 4) data pierwszych oględzin jamy ustnej w szkole, 5) wiek (liczba lat skończonych w czasie pierwszych oględzin, 6) miejsce urodzenia (miasto, powiat, gmina, wieś), 7) gdzie uczeń wychowywał się do chwili wstąpienia do szkoły? — na wsi, w mieście, w miasteczku, w osadzie, 8) stanowisko społeczne rodziców, 9) liczba rodzeństw (łącznie z badanym), 10) czy do obecnej chwili miał już zęby plombowane: tak — nie, 11) w jaki sposób do obecnej chwili czyścił zęby: szczoteczką, proszkiem, wykałaczką, płukaniem, 12) jak często czyści zęby? 13) *czy cierpiał ból zębów?* tak—nie, 14) czy przechodził zapalenie gardła, migdałów, płuc, ucha, kiszek, biegunkę krwawą, katar żołądka, kiszek? (*a gruczoły chłonne??*), 15) zgryz: prawidłowy, otwarty, *wystawianie szczęki górnej*, *wystawianie szczęki dolnej (?)*, skrzyżowanie szczęk, 16) nieprawidłowość w ustawianiu oddzielnych zębów: skręt dookoła osi, pochylenie nazewnątrz, pochylenie nawewnątrz,

przedstawienie zębów (??), zęby nadliczbowe pomiędzy... 17) brak zębów, 18) pnie do usunięcia po zębach, 19) przetoki (fistuły) przy zębach, 20) ubytki do plombowania w zębach, 21) zęby zaplombowane uprzednio 22) stan dziąseł, 23) kamień: obfity, nieznaczny, brak, 24) *rękoczyny* dokonane (czy nie lepiej *zabiegi?*), 25) w roku szkolnym zaplombowano trzonowych (dużych i małych), kłów i siekaczy, razem, 26) usunięto,... (podpis): Dentysta (ka) szkolny (a) *Data. Uwagi:* Zęby oznaczamy liczbami—siekacze—1,2, kieł—3, *przedtrzonowe* (?)—4—5, trzonowe—6, 7, 8. Górne zęby oznaczamy kreską poziomą, przeciągniętą pod liczbą, zęby zaś dolne oznaczamy kreską poziomą, przeciągniętą nad liczbą, zęby prawe oznaczamy kreską pionową za liczbą, zęby zaś lewe — kreską pionową przed liczbą; np. kieł górny lewy |4, przedtrzonowy pierwszy dolny prawy 5|. Zęby mleczne oznaczamy nawiasem, np. (5). Zęby zgangrenowane otaczamy czarnem kółkiem, zęby z zapaleniem miazgi otaczamy czerwonem kółkiem. 2) Wynotowujemy zęby, których pnie są już usunięte. Nie bierze się pod uwagę zębów mlecznych, jak również i tych, które się jeszcze nie *wysunęły*. 3) Dobrze zachowane pnie po zębach *jednokorzeniowych* należy plombować (czemu innych *nie?*). 4) W nawiasie wypisuje się ogólną liczbę. 5) Wynotowuje się ogólną liczbę plomb, nie zaś zębów plombowanych.

Karta formy arkusza książkowego (dużego) na odwrotniej str. na całej długości podzielona jest na 15 części, które znowu na szer. str. rozdzielone są na 5 czworokątów, zawiera tytuliki: data oględzin następnych, klasa, zęby dotknięte próchnicą, liczba założonych plomb (trzonowych, siekaczy i kłów — razem...), uwagi.

Zakończenie karty zawiera adnotację: „W czasie pobytu w szkole założono plomb w zębach trzonowych..., w kłach i siekaczach... razem...“

Kto mniej więcej interesuje się sprawą rejestracji stanu narządu zębowego wychowańców średnich zakładów naukowych, ten już przy powierzchownem zapoznaniu się z przytoczoną wyżej „kartą dentystyczną“ łatwo zauważy rażącą różnicę pomiędzy tąż a tegoż rodzaju kartami, znanemi dobrze w świecie dentystycznym w innych krajach. Ile materjału i pracy poświęcano tej sprawie! Toć roczniki pism dentystycznych roją się wprost od różnych doskonale opracowanych wzorów, które przy przestrzeganiu *już* ustalonej terminologji dentystycznej i uwzględnieniu ducha języka a i stylu należałoby przenieść na nasz grunt, rzecz prosta, odnośnie uzupełniając je i uwzględniając nasze warunki oraz ostateczne zdobycza naukowe.

Wydana przez „Uranję“ karta, której autora nie znamy, nosi pewne cechy chaosu, brak w niej systematyczności odnośnego ugrupowania i poważniejszego ujęcia sprawy, która bezwarunkowo nie winna byłaby być załatwiona „od ręki“.

Znaczny obecny koszt wydawnictwa mógłby nieco pohamować zakusy autora do narzucenia za pośrednictwem nieorjentującej się zupełnie firmy ogółowi lekarzy-dentystów szkolnych pracy, która aż nadto odbiega od innych tego rodzaju pierwowzorów.

Wobec tego, iż wszelkie systemy rejestracji pacjentów u nas wiele pozostawiają do życzenia, to czy odnośne sfery miarodajne nie uważałyby za stosowne ogłoszęnie pewnego rodzaju ankiety?

Od Redakcji.

Po krótkiej mimowolnej przerwie, spowodowanej znacznym deficytem wskutek niewypłacalności wielu prenumeratorów, na życzenie większego grona kolegów, orjentujących się w sytuacji, podjęliśmy ponowne wydawanie „Kroniki". Ufamy, iż koledzy w obecnych warunkach potrafią ocenić nasze dobre chęci i wykażą większe zainteresowanie,

Na skutek czasowej przerwy, rzecz prosta, niektóre ważne sprawy nie mogły być omówione i należycie wyświetlone. Nieraz mieliśmy możność się przekonać, iż niektórym wyższym czynnikom miarodajnym, pomimo istnienia odnośnych doradców, nasze sprawy zawodowe są zupełnie nieznane. W grę tu bezsprzecznie wchodzi stronniczość o charakterze polityczno - partyjnym pewnych grup, usiłujących zupełnie niezasłużenie wszędzie rej wodzić i korzystających z poparcia swoich popleczników. Pomimo tej akcji ze szkodą dla naszej dentystyki, jak mieliśmy możność się przekonać, *wyższe* władze nasze nader chętnie korzystają z każdego głosu doradczego, mającego na względzie pomyślne rozwiązanie naszych spraw zawodowych i dobro dentystyki w Polsce. Uwagi naszego pisma, dotyczące różnych dezyderatów, chętnie przyjmowane były pod uwagę, i należy sprawiedliwie przyznać, iż ważne sprawy zawodowe, tendendecyjnie traktowane przez osoby niepowołane, kierujące się jedynie agitacją o charekterze polityczno-partyjnym, skierowane zostały nie na właściwe tory. Dążenia naszej wyższej władzy do rozwiązania różnych spraw zawodowych w myśl postępu czasu i nauki widoczne są w całej pełni. Naszem zadaniem jest dopomódz jej, czy to drogą drukowanego słowa, lub też przez opracowywanie odnośnych memorjałów.

Zaznaczyć również należy pewną bezwzględną życzliwość ze strony ciała profesorskiego, ludzi nauki i prawdziwego postępu, z kompetencji których korzystają władze miarodajne przy rozstrzyganiu różnych naszych spraw zawodowych. Tym właśnie znane są stosunki, panujące w krajach kulturalnych, a które należy słusznie w tymże duchu rozwiązać w odradzającej się Polsce.

Nie wolno więc nam ustawać w naszej pracy. Niech nas nie zraża agitacyjna robota pewnej grupy i jej nieżyczliwe głosy pod adresem naszym i najliczniejszego u nas zrzeszenia zawodowego. Echa tej obłudy i szkodzenie dobru wspólnej sprawy są już głośne wśród kolegów na drugim kontynencie.

Należy jednak się spodziewać, iż owe grono kolegów, prowadzonych na wodzy przez kilku zaledwie fanatycznych „działaczy", którzy nic absolutnie dla dentystyki polskiej nie uczynili i w okresie ucisku narodu dbali jedynie o interes, ostatecznie się ocknie i zajrzy w oczy głoszonej prawdzie. Przekonamy się, iż nie tędy droga do rozwoju dentystyki polskiej. Nam potrzebne są czyny, bezstronne traktowanie sprawy i unikanie wszelkiej polityki partyjnej. *Frazesami ani obłudą dentystyki polskiej nie posuniemy ani o krok naprzód.* Fakty już mamy...

Nagromadzony materjał naukowy, wśród którego znajdują się prace niedawno zmarłych kol. Idzikowskiego i Zielińskiego, zamieścimy stopniowo w nast. zeszytach. Dawni nasi współpracownicy, którzy w ciężkic warunkach nas popierali, przyobiecali nam dalszą swoją współpracę, mah

jąc na względzie dobro wspólnej sprawy. Za ich przykładem, mamy nadzieję, pójdą ci nieliczni u nas pracownicy na polu piśmiennictwa dentystycznego, którzy w czasie mimowolnego naszego odpoczynku zamieszczali swe prace w pismach ogólno-lekarskich.

Należy zaznaczyć, iż w interesie ogólnej naszej sprawy zmuszeni byliśmy ostatnie zeszyty poświęcić przeważnie podstawie reformowanej dentystyki polskiej — studjom dentystycznym.

Znając te sprawy i prowadząc walkę w ciągu blisko lat dwudziestu, bowiem jeszcze na łamach niewychodzącego „Przeglądu Dentystycznego“ ś. p. Dzierżawskiego, przyjmowaliśmy pod uwagę powstałe warunki; doskonale orjentowaliśmy się w sytuacji. Ze sprawozdań, z odbytych z władzami konferencji, które następnie podamy, czytelnicy przekonają się, iż energiczne wystąpienie naszego pisma zrobilo wiele. Aczkolwiek nasi wodzireje starannie nas unikali, a nawet wyrażali swoje niezadowolenie z otwartego wystąpienia, tem nie mniej broni nie złożyliśmy. Dumni jesteśmy, iż nasza akcja chociaż czemkolwiek przyczyniła się do częściowego rozwiązania wikłającej się sprawy.

Słabe umysły tylko nie orjentowały się w sytuacji, wyrażając poniekąd niezadowolenie z powziętej akcji, której *z konieczności należało poświęcić nieco więcej miejsca*. Należy pamiętać, iż za byłych carskich rządów biurokratycznych walczyliśmy o nasze słuszne prawa niemal w ciągu blizko lat dwudziestu, już od pierwszej chwili wprowadzenia reformy w dziedzinie studjów dentystycznych, tej podstawy naszej specjalności. Trudno chyba było dopuścić, by ręce niepowołane obecnie w odradzającej się Polsce zatrzymywały bieg tych dla nas ważnych spraw na dalszy okres dwudziestoletni. A na taki właśnie okres zanosiło się, gdy kierunek naszemi sprawami dzięki osobistemu poparciu pewnej jednostki znalazł przytułek w niekompetentnem w tych sprawach ministerstwie (np. dążenie do skasowania tytułu lekarza-dentysty i t. d.).

Od pierwszej chwili wyd. pisma zapraszaliśmy *wszystkich* kolegów do współpracy. *Nie stawialiśmy nigdy wygórowanych wymagań*. Nie krępowaliśmy nigdy nikogo; chętnie zawsze pomagaliśmy bądź to odnośnym materjałem naukowym, bądź to radą, bądź wreszcie pozwalając chętnie korzystać z bibljoteki redakcyjnej. Prace chętnych kolegów często czytelnicy spotykali na łamach „Kroniki“. Zarozumialców i zbyt pewnych siebie figurantów zawsze unikaliśmy. Ceniliśmy bezstronnie współpracę tych, którzy nigdy nikomu nie imponowali ani stanowiskiem, ani zasłużonym stopniem naukowym. Nazwiska tych koledzy dobrze pamiętają (doc. Wilga, prof. Cieszyński, prof. Zilz, dr. med. Friedlender, dr. med J. Brunner, prof. Popielski i inni). Tylko intruzi, dalecy od piśmiennictwa naukowego dentystycznego (nie mówiąc o znajomości języka polskiego), w imię jakichś urojonych ambicji umyślnie i to nawet na pewnych zebraniach rozpowszechniają bezsensowne wieści o naszej nielojalności w stosunku do pewnych prac. Czynią to oni, naturalnie, po bohatersku za naszemi plecami. Lecz nad ich „czynami“ przechodzimy do porządku dziennego, bynajmniej nie zamierzając dać im należytej odprawy, żałując miejsca w piśmie. Są to przeważnie płytkie umysły, dalekie od wszelkiego poważnego traktowania sprawy, pragnące imponować niewiadomo czem.

Zaznaczamy jeszcze raz, iż każda praca, od kogo by nie pochodziła, jest mile widziana i znajduje poparcie, bowiem nasze ubogie piśmiennictwo dentystyczne wymaga wiele poświęcenia i chęci. Tę sytuację my aż nadto rozumiemy, tę bolączkę dobrze odczuwamy. Roczniki naszych pism zawodowych za ubiegłe lata niech świadczą o naszej dobrej woli, życzliwości i chęci popierania wszelkiej pracy naukowo-zawodowej,

„Kronikę“ na razie wydajemy jako dwumiesięcznik; objętość i formę druku powiększyliśmy na korzyść tekstu. Gdy lista prenumeratorów się ustali, a należność wpływać będzie regularnie, przejdziemy do wyd. regularnie co miesiąc, a nawet w myśl życzenia kolegów, częściej. Najważniejszą sprawą stanowi strona materjalna, będąca w ścisłym związku z regularną wypłacalnością prenumeratorów. A należy zaznaczyć, iż wydawanie pisma w obecnych ciężkich warunkach, kiedy cena robocizny, papieru, ekspedycji, wydatki administracyjne, prenumerata czasopism i t. d. rosną z dnia na dzień, stanowi przedsięwzięcie dosyć ryzykowne.

Nadmieniamy, iż wbrew ogólnemu mniemaniu dotychczas „Kronika“ nie korzystała z żadnych subsydjów, ani też z Funduszu wydawniczego, ani też nie występowała do żadnych instytucji państwowych, społecznych lub zawodowych, od których by mogła uzyskać jakieś poparcie materjalne. Wszelkie kwoty, nadsyłane do redakcji na rzecz Funduszu wydawniczego dla „Kroniki“, wręczone zostały skarbnikowi zarządu Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem. Koledzy, którzy nas interwenjowali w tej sprawie, zechcą więc się zwrócić do Związku.

Nadmieniamy, iż składki na powyższy fundusz przyjmujemy w dalszym ciągu i obowiązujemy się do przedstawienia szczegółowego wykazu wpływów i wydatków.

Pragnieniem naszem jest powiększenie objętości pisma i regularne wydawanie tegoż. Zdołamy to jednak uczynić, gdy ogół kolegów, uznając ważność sprawy, poprze nasze pismo wszelkiemi siłami.

Przed nami jedyny cel: dobro naszej dentystyki, nie kierujemy się żadnemi względami o jakichkolwiek cechach partyjno-politycznych, szkodzących stanowczo pomyślnemu rozwiązaniu nie jednej sprawy zawodowej i paraliżujących rozwój dentystyki polskiej pod względem naukowym i społecznym.

Wobec wahania się cen druku, papieru oraz wysokości różnych wydatków, związanych z wydawnictwem, które to stale się potęgują, nie możemy ustalić wysokości prenumeraty, ani ceny ogłoszeń nawet na czas najbliższy.

Cena niniejszego zeszytu, obejmującego 4 arkusze bitego druku, wynosi **mk. 800**. Wobec znacznego kosztu nakładu jest to cena niewysoka, bowiem obliczona jest na pokrycie niezbędnych wydatków.

Upraszamy o możliwe rychłe przesłanie powyższej kwoty możliwie wprost do redakcji, bowiem zaoszczędzi to nam zbytecznego wydatku, związanego z inkasowaniem należności.

Z większych środowisk wszelkie kwoty mogą być przesyłane kolektywnie; ułatwi to odbiór z poczty, która to procedura zajmuje dosyć sporo czasu.

Celem uniknięcia nieporozumień, uprzejmie prosimy kolegów, *nie życzących sobie prenumerowania pisma,* o uprzednie zawiadomienie nas,

by módz uregulować nakład. Koledzy, którzy o tem nas nie zawiadomią, uważani będą jako dalsi prenumeratorzy.

Zrzeszenia, pragnące umieszczać swe sprawozdania w piśmie, raczą zawczasu je przesłać, by można było zarezerwować odpowiednie miejsce.

Prosimy o zwrócenie uwagi na nasz dokładny adres, bowiem wiele pism a nawet listów dostaje się do niewłaściwych rąk.

Zwracamy uwagę, iż wszelkie rękopisy winny być pisane wyraźnie, w większych odstępach wierszowych, po jednej stronie kartki.

Nowoczesna literatura dentystyczna.

(Tytuły dzieł podajemy w porządku alfabetycznym podług autorów).

1) *Adloff Prof.* (Greifswald). **Schussfrakturen der Kiefer und ihre Behandlung.**

2) *Adloff Prof.* **Ueber das Problem der Enstehung der Zahnform.** Verlag Gustaw Fischer. Jena.

3) *Adloff Prof.* **Die Entwicklung des Zahnsystems der Säugetiere und des Menschen.** Hermann Meusser, Berlin.

4) *Angle Edw.* **Behandlung der Okklusionsanomalien der Zähne.** VII. Auflage.

5) *Agrand R. J.* **Les affections oculaires consécutives aux lesions dentaires.** Bordeaux.

6) *Albu Prof.* (†) **Zahn - und Mundkrankheiten in ihren Beziehungen zu Organ-und Allgemeineerkrankgungen.** II Aufl. Herausg. v. Prof. Strauss (Berlin) und Prof. E. Becker (Greifswald). Leipzig 1921. Verlag: Georg Thieme, Mk. 39.

7) *Andreas Curt* (Cassel). **Die normale Artikulation (Die Okklusion).** Aus dem Zahnärztlichen Institut der Universität Würzburg. 1921. Inaugural-Dissertation.

8) *Albu Albert Prof., Strauss H. Prof,* (Berlin) i *Becker Erich Prof.* (Greifswald). **Zahn-und Mundkrankheiten und ihren Beziehung zu Organ- und Allgemeiner-Kranheiten.** Verl. Georg Thieme, Leipzig 1921.

9) *Bach Julius.* **Einführung in die Zahntechnik.**

10) *Bach Julius.* **Handbuch der Zahnersatzkunde.** 3 Bände.

11) *Bach Julius.* **Handbuch der operativen Zahnbehandlung.** 2 Bände.

12) *Bass und Johns.* **Alveolo-dental Pyorrhoea.**

13) *Berten Prof.* (München). **Der erste Mahlzahn.**

14) *Bennet Norman.* **The Science and Practica of Dental Surgery.** 993 illustration.

15) *Beyr E. Dr.* (kiel). **Die Alveolarpyorrhoe.** Berlinische Verlagsanstalt. Berlin NW. 23.

16) *Black.* **Operative Dentistry.** In two vols.

17) *Black.* **Special Dental Pathology.**

18) *Black V. Prof.* (Chicago). **Konserwierende Zahnheilkunde.** Autorisierte deutsche Uebersetzung von Dr. Hans Pichler in Wien. Unter Mitwirkung von Dr. Rudolf Bum u. Dr. Robert Koller in Wien. Zwei Bände in Lexikonformats. Ueber 800 Seiten Text mit 634 Illustrationen auf Tafeln. In solidem Leinerbande. Cena mk. 45.

19) *Blessing Georg* (Heidelberg). **Zur Bakteriologie und antibakteriellen Therapie der Pyorrhoea alveolaris.** Sammlung d. Zahnheilkunde, H. F.

20) *Blessing Prof.* (Heidelberg). **Diagnostisch — therapeutisches Vademecum für die zahnärztliche Praxis.** Leipzig. 1921. Verlag: Arthur Feliks. mk. 21.

21) *Blessing Georg Prof.* (Heidelberg). **Algemeine und specielle Bakteriologie des Mundes und der Zähne.** Berlinische Verlagsanstalt. Berlin N. W. 23.

22) *Blumfeld.* **Anaesthesia.** III Ed.

23) *Blair Vilray Papın.* **Surgery and Diseases of the and Jaws.** Third edition. C. V. Mosby Company. 508 N. Grand Ave, st. Louis.

24) *Boennecken Prof.* (Prag). **Ueber Pulpaamputation.**

25) *Boll M. et Bennejeant.* **Chimie des méteaux et métallurgie dentaires.** Paris. Edit. Bailliers et fils. 1922. 10 frns.

26) *Bödecker.* **Das Metalleinlage-Verfahren.**

27) *Bruhn Chr. Prof.* **Die gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschussverletznugen.** Ergebnisse aus dem Düsselotorfer Lazarett für Kieferverletzte. Herausgegeben v... Heft II/III. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Mk. 12.

28) *Bruck Walter Prof.* (Breslau). **Zahnärztliche Darstellung aus alter Zeit.** Verl.: Berlinische Verlagsanstalt, 15 Claudiusstr. Berlin 1921.

29) *Bruck Walther Prof.* **Kulturgeschichte der Zahnheilkunde.** Bd. 2 u. 3. Hermann Meusser. Berlin.

30) *Bruck Dr.* (Breslau). **Ueber Einlagefüllungen.**

31) *Braun Heinrich Prof.* (Zwickau). **Die örtliche Betäubung, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung.** V Aufl. Leipzig. 1921. Verlag von J. A Barth; Mk. 90.

32) *Brill Eugen* (Berlin). **Die chemische Zusammensetzung der Zahnärztlichen Porzellanmassen.** Sammlung d. Zahnheheilkunde. H. 21.

33) *Brothers Elmer D.* **Dental Jurisprudence.** An Epitom of the Law of Dentistry and Dental Surgery. Chicago.

34) **Buchführung für die zahnärztliche Praxis.** Grossquartformat, 200 Seiten mit alphabetischem Namenverzeichniss. Berlin. N. W. 23. 1922. Berlinische Verlagsanstalt. W opr. 100 mk.

35) *Busch F.* **Die Extraction der Zähne, ihre Technik und Indikations-Stellung mit Einschluss der Betäubtng und örtlichen Gefühllosigkeit.** Berlin.

36) *Burchard and Inglis.* **Text-book of Dental Pathology.** 5 Edition.

37) *Bünte und Moral.* **Die Leitungsanaesthesie im Ober- und Unterkiefer.** Berlin.

38) *Beyram.* **Principles und Practice ot Filling Teeth.**

39) *Brown*. **Oral Surgery.**

40) *Burkley*. **Modern Dental Materia Medica, Pharmacology and Therapeutics.** IV Edition.

41) *Brommell*. **Practical Dentistry by Practicai Dentists.**

42) *Brophy*. **Oral Surgery.** In two volume.

-42) *Broomell and Fischelis*. **Anatomy and Histology of the Mouth and Teeth.** V E. d.

43) *Bruck Walther Prof.* **Die Historie von güldenen Zahn eines schleisischen Knaben** „1593“. Kulturgeschichte der Zahnheilkunde in Einzeldarstellungen. Heft III. Herausg. v. Curt Proskauer (Breslau). Berlin Hermann Meusser.

44) *Bolk L. Prof.* **Odontologische Studien** II Die Morphogenie der Primatenzähne. Eine weitere Begründung und Ausarbeitung der Dimertheorie. Mit. 61 Abbildungen in Text und drei Tafeln. Jena. Gustav Fischer.

45) *Bünte H.* (Zahnarzt in Hannover) und *Moral H.* (Profesor, oberarzt und Abteilungsvorstand an der Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten Rostock). **Die Leitungsanasthesie im Ober- und Unterkiefer.** III Auflg. Herm. Meusser Berlin V. 57.

46) *Bruhn Chr. Prof.* **Die gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschussverletzungen**. Wiesbaden. Vrlg von J. F. Bergmann. Mk. 4.

47) *Bode*. **Zähne.** Abdruck aus: Die Röntgendiagnosthik des Nasen- ung Ohrenarztes. Sonderabdr. Gustav Fischer. Jena.

48) *Baden*. **Heilwesen und Gesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung der Zahnkrankheiten und des Zahnkurpfuschertums.** V. Aufl. Vrlg. Schmidt und Bukofzer, Berlin, Mk. 54.

49) *Brille et Labouré*. **Anesthésie regionale en chirurgie dentaire.** 40 fig. Frncs 12. Paris.

50) *Bollkämper* (Kaunitz) **Die Aethiologie der Progenie und ihre Therapie nach einem von mir behandelten Falle**. Würzburg. Dessertation zur Erlangung der zahn. Doktorwürde.

51) *Baden Ferdinaad*. **Zahnarzt und Zahntechniker.** Sonderabdruck aus den Preussischen Jahrbüchern, herausgegeben von Hans Debrück. Band 161. Heft 2. Berlin, Verlag V. Georg Stilke.

52) *Becker E. Doz*, (Berlin). **Zahnwurzelsystem.** Sammlung Meusser. H. II. Berlin. Verl. Hermann Meusser. Berlin. Mk. 26. 60.

53) *Büthner O. Prof.* (Rostock). *Fuld E. Dr.* (Berlin), *Guttman Doz.* (Berlin), *Herzfeld Dr.* (Berlin), *Kölsch F. Dr.* (München). *Kron, H. Dr.* (Berlin), *Ledermann R.* (Berlin). *Lennhoff Dr.* (Berlin). *Misch J. Prof.* (Berlin), *Mühsam M. Dr* (Berlin), *Tugendreich G.* (Berlin). **Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde**. Für Studierende, Zahnärzte und Aerzte. Bearbeitet und herausgegeben von Dr. Julius Misch (Berlin) Volg. Ferdinand Enke, Stuttgart.

54) *Cohn A. Dr.* **Leitfaden zum Studium der sozialen Zahnheilkunde.** Berlin. Hermann Meusser.

55) *Capon William.* **Porcelain Dental restorations, with a chapter on gold inlays.** Edit.: Lea et Febiger, 710 Samsonstreet Philadelphia. Pr. 3.50 dol.

56) *Chajes B. Prof.* **Kompendium der sozialen Hygiene.** Berlin. Fischers Medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld. Mk. 36.

57) *Carl Herber* (Düsseldorf). **Die Lehre von der Vererbung in ihrer letzten Konsequentz auf Kiefer und Zähne des Menschen.** Sammlung d. Zahnheilkunde, H. 4.

58) *Chaim Artur Dr.* (Berlin - Friedenau). **Ein Beitrag zur Gaumenplastik.** Inaugural-Dissertation. Berlin.

59) *Crane Burton Artur* (Washington). **Et Patrical Root-Canal Technic.** Publischers: Henry Kimton, London.

60) *Capon A. William* (Prof. Univ. Pensylvania). **Porcelain Dental Restorations, with a chapter on Gold Inlays.** Publish.: Henry Kimpton, London. 1921.

61) *Chayes Hermann* (New York City). **Technic and Scope of the Cast Gold and Porcelain Inlays.** C. V. Mosby Company, 508. N. Grand Ave, St. Louis.

62) *Cohn Alfred.* **Die Verstaatigung der Zahnheilkunde.** Hermann Meusser. Berlin.

63) *Cohen Jonge Th. De Dr.* (Amsterdam). **Die Kronenstruktur der unteren Praemolaren und Molaren.** Edit.: J. Van Boeckhoven, Utrect. 150 p., 38 fig.

64) *Cohn Alfred Dr.* (Berlin). **Die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherung.** Berlin. Berlinische Verlagsanstalt. II. Aufl. Mk. 9.

65) *Chaim Arthur Dr.* (Berlin-Friedenau). **Ein Beitrag zur Gaumenplastik.** Inaugurial-Dissertation. Berlin.

66) *Carrea Juan Ubaldo Dr.* **Procedimientos de Anesthesias Tronculares de los Nervos Maxilares.** Edit: Impreso Bello e Roetzler, Cordoba 2699, Buenos-Aires.

67) *Carrea Jnan Ubaldo Dr.* **Estigmas Dentarios.** Presentado al. Seg. Congresso Sud-Americano de Dermatologia y Syppilographia. Montevideo. Edil.: Impreso Belloe Roetzler, Cordoba 2699, Buenos-Aires.

68) *Colyer.* **John Hunter and Odontology.**

69) *Colyer.* **Notes on the Treatment of Irregularites. New Ed.**

70) *Colyer.* **Chronic General Periodontitis.**

71) *Colyer.* **Dental Disease in its Relation to General Medicine.**

72) *Coleman.* **Brochure of the Nasal Administration of Nitrous Oxide Gas.**

73) *Coleman.* **Extraction of Teeth.** V Ed.

74) *Colyer.* **Teeth Extraction.**

75) *Cryer.* **Anatomy of the Face.**

76) *Chayes.* **Technic and Scope of Cast Gold and Porcelain Inlays.**

77) *Coleman and Hilliard.* **Anaesthetie in Dental Surgery.**

Redakcja otrzymała:

1) *Doc. Dr. Zilz Juljan.* Ein Jahr klinischer Tätigkeit im Felde.
2) *Tenże.* Pathologisch-anatomische Befunde bei Kieferverletzumgen.
3) *Prof. A. Cieszyński.* Praktische Winke.
4) *Tenże.* Jak zopobiegać chorobom zębów? Bibljoteka Macierzy Polskiej № 115.
5) *Tenże.* Uwagi w sprawie studjum lekarskiego.
6) *Tenże.* Beiträge zur exacten Injektionstechnik in den Ramus mandibularis am Foramen ovale und zur Punktion des Ganglion Gasseri.
7) *Dr. J. Brunner.* Odkażanie. Kursy przygotowawcze dla lekarzy. powiatowych.

Prace przeznaczone do druku:

1) *Idzikowski F.* (†). Przyczynek do sprawy zdejmowania wycisków.
2) *Zieliński Wł.* (†). O zaburzeniach w sferze nerwowej i narządach zmysłu post extractionem.
3) *Krakowski M.* Rys ogólny sprawy techników dentystycznych (ciąg dalszy).
4) *Krakowski M.* Radjoterapja i jej stosunek do schorzeń jamy ustnej (streszczenie zbiorowe; ciąg dalszy).
5) *Krakowski M.* W sprawie postępowania bezgnilnego przy wyjmowaniach zębów (na życzenie grona mł. kolegów).
6) *Lewanowicz Dr.* Dentystyka i jej zadania w stosunku do przyrodoznawstwa i ogólnej medycyny.
7) *Śmietański I.* Przypadek znacznego zboczenia żuchwy wskutek utraty większości zębów i wyprostowanie tegoż za pomocą dostawki.
8) *Kohn D.* Przypadki z praktyki.
9) Z dziedziny techniki: uwagi w sprawie sporządzania złotych lanych wkładek podług prof. Sachsa.
10) Z dziedziny kliniki praktycznej: o postępowaniu przy przedziurawieniach koron i korzeni zębowych.
11) *Perliński A.* (Poznań). Projekt ustawy ograniczenia wolności procederowej w zawodzie dentystycznym na obszarze b. Dzielnicy Pruskiej,
12) *Switała I.* (Bydgoszcz). Taryfa czy wolna umowa?
13) *Litwin R.* (Łódź). Nasze cele i zadania wobec dentystyki w Polsce.
14) *Śmietański I.* Uwagi w sprawie zdejmowania wycisków.

Treść zeszytu.

W. ŚWIATŁOWSKI

(dawniej Geo. Poulson).

SKŁAD PRZYBORÓW DENTYSTYCZNYCH

WARSZAWA

Ul. Zgoda 15. Telef. 15-15.

P. P.

Mam zaszczyt zawiadomić Szanowną Klientelę, że stosownie do aktu, sporządzonego w dniu 29-go kwietnia 1921 r. przed rejentem Gabory w Hamburgu skład przyborów dentystycznych pod firmą **Geo. Poulson**, mieszczący się w Warszawie przy ul. Zgoda № 15, wraz ze wszelkiemi aktywami (pasywów niema) przeszedł na moją własność już od dnia 1-go stycznia 1921 r.

Pomieniony skład prowadzić będę nadal na własny rachunek pod własną firmą.

Dziękując uprzejmie za względy, jakiemi byłem zaszczycany, jako przedstawiciel firmy Geo. Poulson, polecam się nadal łaskawej pamięci i pozostaję.

Z poważaniem

W. Światłowski.